

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

EDNA CEZAR BALBINO

**VARIÁVEIS ASSOCIADAS AO DESEMPENHO DE CENTROS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
APRESENTADA À FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE PIRACICABA/
UNICAMP PARA OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE MESTRE EM
ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

ORIENTADOR: Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida
pela aluna Edna Cezar Balbino pelo Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe

Assinatura do orientador

PIRACICABA, 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
GARDÊNIA BENOSSI – CRB8/8644 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

B185v Balbino, Edna Cezar, 1957-
Variáveis associadas ao desempenho de centros de
especialidades odontológicas / Edna Cezar Balbino. -- Piracicaba,
SP : [s.n.], 2011.

Orientador: Fábio Luiz Mialhe.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual
de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Atenção secundária à
saúde. 3. Desempenho. I. Mialhe, Fábio Luiz. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba.
III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em Inglês: Variables associated to specialized dental centers
performance

Palavras-chave em Inglês:

Unified Health System

Secondary health care

Performance

Área de concentração:

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Fábio Luiz Mialhe [Orientador]

Karine Laura Cortellazzi

Arsenio Sales Peres

Data da defesa: 27-07-2011

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 27 de Julho de 2011, considerou a candidata EDNA CÉSAR BALBINO aprovada.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "F. Mialhe", written above a horizontal line.

Prof. Dr. FABIO LUIZ MIALHE

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Karine Laura Cortellazzi", written above a horizontal line.

Profa. Dra. KARINE LAURA CORTELLAZZI

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "A. Sales Peres", written above a horizontal line.

Prof. Dr. ARSENIO SALES PERES

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus filhos Renata, Michel e Regina e ao meu marido Olavo, companheiros incondicionais nessa vida. Nossos acertos e erros, tudo que experienciamos e o amor que nos une são, para mim, fonte inesgotável de inspiração, perseverança e fé.

Agradecimentos Especiais

Ao meu orientador, Prof. **Dr. Fábio Luiz Mialhe**, com quem sempre pude contar, pelo conhecimento, compreensão, a generosidade e simplicidade. **Obrigada** pela solidariedade dispensada, especialmente nos momentos difíceis, em que deixou a sensibilidade e afetuosidade falarem mais alto, acolhendo tão bem.

Ao meu amigo, **Luis Claudio Sartori**, irmão de coração e convivência, seu apoio fez crescer muito a admiração e estima que tenho por você.

Ao meu amigo, **José Carlos Alves**, companheiro incondicional nessa trajetória, obrigada pela disposição em dar o melhor de si.

Ao meu filho **Michel**, sua presença, ajuda e inteligência proporcionou momentos de descontração, de alegria e orgulho.

Edna Cezar Balbino

Agradecimentos

Ao Magnífico Reitor da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP, representada por seu Diretor, Prof. Dr. Jacks Jorge Júnior.

À Prof^{ta}. Dr^a. Renata M. R. Garcia, Coordenadora dos cursos de Pós-Graduação da FOP/UNICAMP.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, Coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da FOP/UNICAMP.

À todos os professores (as) do Departamento de Odontologia Social e professores convidados, pelo empenho e pela forma democrática com que conduziram os trabalhos.

*"Se a
educação
sozinha não
transforma a
sociedade,
sem ela,
tampouco, a
sociedade
muda".*

Paulo Freire

RESUMO

No Brasil, no que se refere à atenção secundária em saúde bucal, particularmente aos Centros de Especialidades Odontológicas, pouco se tem estudado sobre o tema e a necessidade de melhor estruturar a atenção em Saúde Bucal indica a realização de pesquisas avaliativas. Indicadores sensíveis ao processo saúde/doença, influenciados pelas desigualdades sociais, revelam profundas diferenças nos padrões das doenças e também no padrão de utilização dos serviços de saúde, com prejuízo àquelas de maior risco social. O objetivo do presente foi estudar o desempenho dos CEO no cumprimento de metas de produção de procedimentos clínicos especializados, identificando possíveis associações entre o desempenho dos centros e suas variáveis estruturais, variáveis contextuais dos municípios e formas de organização da atenção básica.. O estudo utilizou dados secundários da produção de procedimentos realizados nos Centros de Especialidades Odontológicas, implantados no Brasil no período de 2004 a 2009, nas especialidades de periodontia especializada, endodontia e cirurgia oral menor. A análise estatística foi realizada através da análise bivariada pelo teste de Qui-quadrado para verificar a associação entre a variável dependente (Desempenho do CEO) com as independentes. No que se refere ao Cumprimento Global das Metas, observou-se que a maioria dos CEO apresentaram desempenho considerado péssimo/ruim. Em relação à cobertura da Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família observou-se que os municípios com maiores coberturas apresentaram desempenho péssimo/ruim. Além disso, os resultados da análise estatística também mostraram que quanto menor o IDHM e menor a densidade demográfica dos municípios, pior o desempenho dos CEO. Concluiu-se que a implantação de serviços odontológicos especializados e o estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência não se constituem em garantia de acesso à atenção especializada. Há a necessidade de se repensar os fluxos e aprofundar conhecimentos de forma a melhorar o acesso à esse nível de atenção.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Atenção Secundária à Saúde, Desempenho.

ABSTRACT

In Brazil, with regard to secondary attention in oral health, particularly in specialized dental centers (SDC), little has been studied in this field and the need to better organize oral health care, indicates the completion of the evaluation studies. Indicators of the health-disease process, influenced by social inequalities, reveal profound differences in disease patterns and also in the pattern of use of health services, with prejudice to those of higher social risk. The objective of this research was to evaluate the performance of the SDC in reaching production targets in specialized clinical procedures, identifying possible associations between performance of the SDC and SDC structural variables, contextual municipality variables and form of organization of primary care. This study used secondary data from the production of procedures implemented by the SDC, implemented in Brazil in the period 2004 to 2009, in the dental specialties of Periodontics, Endodontics, and minor oral surgery. Statistical bivariate analysis was performed using Chi-square test to verify the association between the dependent variable (SDC performance) and independent variables. With regard to Global Compliance Goals, this study concluded that the overall SDC performance was very poor/poor. With regard to coverage in the Family Health Strategy and Oral Health Care within this strategy, it also concluded that the SDC performance was very poor/poor in municipalities with larger population coverage. Furthermore, the statistical analysis results also showed that the lower the HDIM and population density in municipalities, the lower the SDC performance. It was concluded that the implantation of specialized dental services and the establishment of reference flows and cross-reference does not constitute a guarantee of access to specialized care. There is a need to rethink flows and deepen knowledge in order to improve access to this level of attention.

Keywords: Unified Health System, Secondary Health Care, Performance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
eSB	equipes de Saúde Bucal
eSF	equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNDAP	Fundação do Desenvolvimento Administrativo
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDHM-E	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Educação
IDHM-L	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – Longevidade
IDHM-R	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Renda
FOP	Faculdade de Odontologia de Piracicaba
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SB	Saúde Bucal
SECOM	Secretaria de Comunicação Social do Governo Federal
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

1	Introdução	1
2	Revisão de literatura.....	6
3	Proposição.....	28
4	Materiais e Método.	29
5	Resultados... ..	36
6	Discussão.	43
7	Conclusão... ..	46
	Referências	47

1 INTRODUÇÃO

Na última década, a preocupação e o interesse com as desigualdades em saúde vêm crescendo de forma galopante, suscitando inúmeras pesquisas sobre o tema. Muitas iniciativas inovadoras apóiam a investigação neste contexto, bem como a definição das chamadas políticas emancipatórias que visam minimizar tais desigualdades, como a International Society for Equity Gauges Alliance. Ressalta-se que, no Brasil, campeão de desigualdade social e renda, a preocupação e a intervenção para mitigar as desigualdades em saúde devem ocupar lugar de destaque (Barros & Bertoldi, 2002).

A despeito da reconhecida importância da saúde bucal para a qualidade de vida, parcela significativa da população brasileira não tem acesso a serviços odontológicos. No Brasil, cerca de 50% da população tem acesso freqüente aos serviços de saúde bucal, 30% tem acesso irregular e 20% nunca foram ao dentista (Shirota, 1998). Importante ressaltar que, ainda que considerando toda a problemática relativa ao acesso, os problemas odontológicos constituem o terceiro motivo de procura por serviços de saúde (IBGE, 2000).

O estudo epidemiológico em saúde bucal- SB Brasil (Brasil, 2004a), apontou que os principais problemas que ainda devem ser enfrentados são a cárie dentária e suas conseqüências (dor e perda dentária) e o acesso limitado às ações e serviços de saúde bucal (Barros & Bertoldi, 2002). Os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1998 (IBGE, 2000) apontam na mesma direção.

Corroborando com os achados das pesquisas, indicadores sensíveis ao processo saúde/doença, influenciados pelas desigualdades sociais, revelam profundas diferenças nos padrões das doenças e também no padrão de utilização dos serviços de saúde, com prejuízo àquelas de maior risco social (Matos *et al.*, 2002).

A definição ou o conceito de “acesso aos serviços de saúde” é, ainda, sobremaneira discutido. Acesso aos serviços de saúde implica garantia do ingresso sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza (Penchansky & Thomas, 1981; Frenk, 1985). Neste contexto, algumas barreiras ao acesso aos serviços de saúde bucal da atenção básica e especializada estão sendo pesquisadas, a exemplo do que é publicado no documento intitulado “Melhorando o acesso à Saúde Bucal” (Cohen, 1987; Siciliani &

Hurst, 2003). Apesar dos esforços e investimentos, o acesso a tais serviços ainda é escasso, resultando em demora e, conseqüentemente, em filas de espera para o atendimento e perdas dentárias.

O Sistema Único de Saúde (SUS), sob o ponto de vista do acesso da população aos serviços de saúde bucal, é locus de grande importância, porém ainda com contribuição proporcionalmente pequena, se comparado aos pagamentos efetuados pelo próprio cidadão ou por planos de saúde. Os dados da PNAD (1988) mostraram que o atendimento odontológico diferencia-se fortemente do atendimento médico, com uma proporção muito mais alta de atendimentos financiados com recursos do próprio bolso do usuário, e muito menos atendimentos financiados por planos de saúde e pelo SUS (IBGE, 2000). A pesquisa constatou através do módulo específico sobre necessidade, acesso e utilização dos serviços de saúde, que o SUS financiou 24,2% dos atendimentos odontológicos e 52,4% dos atendimentos não-odontológicos realizados pelo serviço público (Barros & Bertoldi, 2002).

Apesar da comparação desfavorável, houve ponderável progresso da incorporação da saúde bucal no sistema oficial de saúde em apenas uma década, pois a criação do SUS na Constituição de 1988 é o marco de referência do início da oferta de atendimento odontológico regular e em larga escala na rede pública de saúde (Antunes & Narvai, 2010).

A adoção dos princípios constitucionais do SUS, da Universalidade, da Integralidade e da Equidade, implicou reconhecer a saúde bucal como parte indissociável da saúde geral, como dever do Estado e direito de todos.

Um grande avanço na busca pela universalização do acesso às ações e serviços de Saúde Bucal foi a incorporação da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, em 2000, que possibilitou a adoção de uma postura mais ativa de atenção primária em saúde bucal, representando um novo cenário para a ampliação da oferta de atendimento odontológico no País.

O princípio da integralidade talvez seja o menos visível na trajetória do SUS e de suas práticas. Sem o intuito de aprofundar os diversos sentidos da Integralidade, no escopo da Atenção à Saúde, integralidade significa a capacidade do serviço oferecer, de forma conjunta, ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação,

tanto no nível individual quanto coletivo. No âmbito da assistência, a integralidade aponta, fundamentalmente, para a ampliação das ações e serviços, com diferentes densidades tecnológicas, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade. As mudanças necessárias para a efetivação da integralidade das ações ainda não ganharam a generalização nem a visibilidade almejada (Mattos, 2004).

Muito embora o acesso aos serviços de saúde bucal venha melhorando, considerando, por exemplo, a redução da ordem de 15% entre os brasileiros que nunca foram ao dentista no período compreendido entre 1998 e 2003, o padrão de desigualdade no uso destes serviços, entre os estados brasileiros e entre as pessoas pareceu inalterado (Pinheiro & Torres, 2006). Segundo Figueiredo & Goes (2009), esta melhora pode ser justificada pelo incremento de recursos financeiros e técnicos propiciados pelo Programa Brasil Sorridente, que objetiva a melhoria da condição de saúde bucal e redução das desigualdades, por meio da consolidação de um modelo de atenção à saúde bucal pautado nos princípios do SUS, principalmente o da integralidade das ações.

Mesmo assim, dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) de 2002/2003 (Brasil, 2004a) revelaram que apenas 3,5% do total dos procedimentos odontológicos realizados naquele ano foram de especialidades, evidenciando a grande desproporção na oferta entre procedimentos odontológicos básicos e especializados.

Corroborando com os dados do Sistema de Informação Ambulatorial, os resultados da pesquisa epidemiológica sobre condições de saúde bucal da população brasileira – SB Brasil 2002/2003– (Brasil, 2004a) evidenciaram a necessidade da organização dos níveis de complexidade na assistência odontológica, uma vez que apontaram para a gravidade e a precocidade da perda dentária, para a desigualdade relacionada ao acesso aos serviços odontológicos e a existência de quase 56% de idosos completamente edêntulos (Nery & Soares, 2002).

Tal cenário conduziu à instituição dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), como estratégia privilegiada da Política Nacional de Saúde Bucal para assegurar a atenção secundária e aumentar a resolubilidade da atenção básica em saúde (Brasil, 2006 a).

A Política Nacional de Saúde Bucal propõe a organização de suas ações de forma integrada no sistema, em rede, com a implantação e expansão dos serviços tanto na atenção básica quanto nas referências secundária e terciária.

O financiamento dessas ações envolveu, apenas no âmbito do governo federal, investimentos anuais que passaram de 56,5 em 2003 para 427 milhões de reais em 2005, e atingiram cerca de 600 milhões, em 2008. De 2003 a 2008, foram investidos aproximadamente R\$ 2,4 bilhões (Antunes & Narvai, 2010).

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), como referência especializada à Atenção Básica, foram criados pela Portaria nº 1570, de 29 julho de 2004, que estabelece normas e requisitos para sua implantação e habilitação. São unidades de referência para a Atenção Básica e devem estar integrados ao planejamento loco-regional, incluindo a possibilidade de serem implantados e geridos por Consórcios Intermunicipais. Devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, atendimento a usuários com deficiências, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor. (Brasil, 2004c).

Na perspectiva dos seus recursos físico-estruturais podem ser classificados em três tipos: CEO Tipo I (três cadeiras odontológicas); CEO Tipo II (quatro a seis cadeiras odontológicas); e CEO Tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas). Os CEO devem funcionar quarenta horas semanais, sendo o número de profissionais variável em função do tipo de CEO (Brasil, 2006 a), como também a meta mensal de produção por subgrupo de procedimentos do SIA/SUS (Brasil, 2006 b),. Atualmente, são mais de 850 (oitocentos e cinquenta) CEO implantados no Brasil (Brasil, 2011 b).

O modelo piramidal, hierarquizado, é preponderante na operacionalização de serviços de saúde integrais no SUS. Para Cecílio (1997), ele representa a possibilidade de racionalizar o atendimento, de forma que as necessidades de assistência das pessoas sejam trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados, a partir de um fluxo ordenado de usuários, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência. Segundo Pinheiro (2006), necessita-se muito mais que o estabelecimento de um fluxo e contra-fluxo de usuários, informações gerenciais ou tecnocientíficas para que o sistema funcione. Deverão ser difundidos conhecimentos para a melhoria da qualidade do atendimento realizado pelos

serviços de saúde local e repensar os fluxos de forma mais flexível, capazes de garantir acesso às tecnologias necessárias à assistência.

Estudo recente realizado no estado de Pernambuco apontou clara necessidade de adequação dos critérios e normas para a implantação, monitoramento e avaliação dos CEO que extrapole a análise das metas, considerando apenas subgrupos eleitos de procedimentos do SIA/SUS. No mesmo estudo observou-se que características municipais como população, posição no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), bem como protocolos clínicos específicos e de regulação mantêm intrínseca relação com o desempenho assistencial dos Centros de Especialidades Odontológicas (Figueiredo & Goes, 2009).

A expansão da atenção básica, pautada em atributos estruturantes (acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, entre outros), aliada à estruturação de serviços da atenção secundária serão pressupostos fundamentais para melhorar a saúde bucal das pessoas e para mitigar as iniquidades de acesso.

No Brasil, no que se refere à atenção secundária em saúde bucal, ou seja, aos Centros de Especialidades Odontológicas, pouco se tem estudado sobre o tema, entretanto, achados de outros países com modelos de atenção à saúde bucal mais bem estruturados já demonstram a necessidade da realização de pesquisas avaliativas, principalmente na perspectiva da interface entre os níveis de complexidade da atenção (Morris & Burke, 2001).

Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas e sua associação com as variáveis estruturais dos serviços e contextuais dos municípios.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A Saúde Bucal no Brasil a partir da criação do SUS

A Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitam o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988). Essa definição conceitual adquire sua versão prática com a instituição formal do SUS, quando no Capítulo II do artigo 198 da mesma Constituição é relatado que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Assim, estava criado o Sistema Único de Saúde, resultado de uma política social e universalista, que tem a Constituição Federal e as Leis nº 8.080 (Brasil, 1990) como sua base jurídica, constitucional e infraconstitucional (Santos & Rehem, 2007).

A criação do Sistema Único de Saúde foi o maior movimento de inclusão social já visto na história do Brasil, e representou em termos constitucionais uma afirmação política de compromisso do Estado Brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (Santos & Rehem, 2007).

O SUS é responsável pela oferta do conjunto da atenção à saúde, que reúne ações promocionais, preventivas e assistenciais. As ações de prevenção e vigilância em saúde são operadas pelos serviços públicos de saúde, com abrangência nacional e cobertura universal, e compreendem ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e as ações de imunização em relação a um conjunto de doenças. Compete ainda, a oferta de serviços básicos de atenção à saúde de responsabilidade intransferível dos municípios e o conjunto dos serviços ambulatoriais especializados, serviços de diagnose e terapia e a rede hospitalar de média e alta complexidade gerenciados pelos Municípios, Estados e União (Vasconcelos & Pasche, 2008).

Com o advento do SUS surge, na década de 1990, a Saúde Bucal Coletiva, termo considerado contraditório por alguns autores, visto que não se deveria entender a

saúde bucal como uma parte da saúde (Souza, 2005), porém este termo não perde sua força ideológica ou mesmo operacional, pois expressa o esforço desse processo de ruptura que objetiva sair do plano do indivíduo e alcançar o plano da coletividade (Roncalli, 2006). De tal modo, é considerada como uma estratégia centrada nos princípios do SUS com ênfase no paradigma da Promoção da Saúde, porém sem uma matriz programática definida (Oliveira *et al.*, 1999).

No ano de 1994, deu-se início ao Programa Saúde da Família (PSF) com a formação das primeiras equipes de Saúde da Família e incorporação e ampliação da atuação dos agentes comunitários de saúde, que já atuavam de forma exitosa através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) desde 1991. As equipes eram compostas minimamente pelo médico, enfermeiro e auxiliar/técnico de enfermagem. Iniciado como Programa, firmou-se filosoficamente como Estratégia. A Estratégia Saúde da Família (ESF) prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, com ações organizadas a partir do princípio da territorialização (Brasil, 2002).

Através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2003 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em convênio com o Ministério da Saúde, constatou-se que aproximadamente 27,9 milhões de brasileiros nunca haviam ido ao dentista, e que, dentre aqueles que recebiam até um salário mínimo, o número de pessoas que nunca estiveram em um consultório odontológico era nove vezes maior do que o número dos que ganhavam mais de 20 salários mínimos (IBGE, 2003).

No ano de 2000, com os objetivos de ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal e diminuir os índices epidemiológicos, o Ministério da Saúde estabeleceu incentivo financeiro para a inserção das equipes de Saúde Bucal (eSB), através da contratação do cirurgião- dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene dentária nas equipes da ESF (Matos & Tomita, 2004).

A inclusão destes profissionais se iniciou efetivamente nos primeiros meses de 2001, embora de maneira lenta, mas progressiva, e caracterizou-se por uma ampliação no atendimento em saúde bucal em todas as regiões do país. Por focar a família como seu principal eixo de trabalho, busca-se através desta estratégia consolidar um novo modelo de atendimento, rompendo com os modelos vigentes que ora se caracterizam como curativo-

mutilador, ora meramente de promoção da saúde bucal da população infantil escolar (Medeiros *et al.*, 2007).

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 (Brasil, 2000), que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio da Estratégia Saúde da Família, as ações de saúde bucal foram definitivamente incluídas nessa estratégia. Observou-se um aumento progressivo e rapidamente cresceu o número de municípios trabalhando com equipes de Saúde Bucal num intervalo menor que 2 anos (dezembro de 2000 a março de 2002). Em fevereiro de 2002, já eram 1.526 municípios com ESB (Calado, 2002).

Para Baldani *et al.* (2005), o fato da Odontologia não estar presente desde o início da ESF possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais co- relacionados e pode também ter determinado a existência de formas variadas no processo de implantação das equipes de Saúde Bucal, umas mais voltadas à prevenção, outras mais à assistência.

Pucca Júnior (2006) ressalta que salvo locais onde há algum tempo se havia experimentado modelos de gestão em saúde mais comprometidos com os avanços sociais necessários, e nestes, particularmente, onde essas gestões foram frutos de administrações democráticas, a atenção básica em saúde bucal se mostrava pouco resolutiva. Esta ineficiência do sistema produzia demandas reprimidas enormes para os demais níveis. Aliado a isso, o acesso às ações era extremamente difícil. Quantitativamente, considerando outros trabalhadores da saúde como médicos e enfermeiros, os profissionais de saúde bucal participavam muito pouco do SUS.

Em contrapartida, para Calado (2002), a não existência e/ou indefinição de um sistema de referência para atendimentos a especialidades odontológicas pela rede de serviços era uma das principais dificuldades encontradas pelos municípios para a integralidade do desenvolvimento das atividades em saúde bucal.

No ano de 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal com a proposta de resgatar o direito do cidadão à atenção odontológica, por meio de ações governamentais, superando o histórico abandono e a falta de compromisso até então (Costa *et al.*, 2006).

Esta política, conhecida também como Brasil Sorridente, é norteadada por um modelo de atenção integral à saúde e apresenta como principais pressupostos (Brasil, 2004b):

- Viabilização da adição de flúor a estações de tratamento de águas de abastecimento público em ação conjunta com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa);
- Reorganização da Atenção Básica, preferencialmente a partir da ESF, com ampliação das equipes de Saúde Bucal;
- Aumento do incentivo financeiro para as ESB e acréscimo de um consultório odontológico para as equipes de modalidade II;
- Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, locais destinados ao tratamento especializado em saúde bucal na rede pública, e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).

Nesse sentido, foram instituídos os critérios, as normas e os requisitos para a implantação e o credenciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) pela Portaria nº 1.570/GM, de 29 de julho de 2004, revogada pela Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006, bem como estabelecida sua forma de financiamento por meio da Portaria nº 1.571/GM, de 29 de julho de 2004, revogada pela Portaria nº 600/GM de 23 de março de 2006, com vistas a ampliar e a qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. A Portaria nº 283/GM, de 22 de fevereiro de 2005, passou a permitir o adiantamento do recurso para implantação desses centros (Souza, 2009).

Os CEO são estabelecimentos de saúde classificados como Tipo Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com serviço especializado de Odontologia para realizar, no mínimo, as atividades de diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. O LRPD é o estabelecimento cadastrado no CNES como Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) para realizar, no mínimo, o serviço de prótese dentária total e/ou prótese parcial removível (Brasil, 2006a).

Como afirma Pucca Júnior (2006), é a primeira vez na história que o governo federal desenvolve uma política nacional de saúde bucal, ou seja, um conjunto de ações que

fosse maior do que apenas os incentivos isolados à saúde bucal concedidos até o ano de 2002, assim como pela primeira vez o governo federal passou a oferecer tratamento odontológico especializado na rede pública.

Os resultados desta política são preliminares, porém perceptíveis em termos quantitativos no que concerne ao crescimento da oferta de serviços e atendimentos: o número de equipes cresceu 141,3%, passando de 4.261 para 10.285, e a quantidade de municípios atendidos passou de 2.302 para 3.436 no período entre dezembro de 2002 e maio de 2005. Além disso, nos seis primeiros meses de funcionamento, os CEO já contabilizaram mais de um milhão de procedimentos realizados, dentre as especialidades de periodontia, endodontia, cirurgias orais, diagnóstico de câncer bucal e atendimento a pacientes com necessidades especiais (Pucca, 2006).

Figueiredo & Goes (2008), avaliando os CEO de Pernambuco, verificaram que 40,9% obtiveram desempenho bom, porém 31,8% dos Centros de Especialidades Odontológicas tiveram desempenho ruim no cumprimento global das metas. Afirmaram a necessidade de adequação dos critérios e normas para implantação destes serviços e consideraram essenciais novas pesquisas que abordassem o uso de protocolos clínicos específicos, implantação e efetividade de protocolos de referência e contra-referência, avaliação para qualidade da atenção e grau de satisfação de usuários.

Portarias de regulamentação dos CEO pelo MS e metas de produção

O Ministério da Saúde criou diversos incentivos inclusive à construção e manutenção mensal dos CEO. Através de normas em portaria, os centros se comprometem a perseguir metas mínimas ao redor de quatro "especialidades" odontológicas que envolvem Diagnóstico Oral e Dentística, Periodontia, Endodontia, Cirurgia e atendimento a portadores de necessidades especiais (Brasil, 2006a).

A normatização dos CEO encontra-se explicitada pelas portarias de regulação do Ministério da Saúde, que em resumo é a seguinte:

Portaria Nº 599/GM, de 23 de março de 2006, que define a implantação de centros de especialidades odontológicas, CEO, e de laboratórios regionais de próteses

dentárias (LRPD) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento (Brasil, 2006 a);

Portaria Nº 600/GM, de 23 de março de 2006, que institui financiamento dos centros de especialidades odontológicas. Retificação - Portaria Nº 600/GM, de 23 de março de 2006 (Brasil, 2006b);

Portaria Nº 283/GM, de 22 de fevereiro de 2005, que antecipa o incentivo financeiro para CEO em fase de implantação, e dá outras providências (Brasil, 2005a);

Portaria Nº 566/SAS, de 06 de outubro de 2004: Atualização das tabelas dos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2004e);

Portaria Nº 562/SAS, de 30 de setembro de 2004: Alteração na tabela Serviço/Classificação dos Sistemas de Informações (Brasil, 2004d).

As características estruturais são critérios para a classificação dos centros que podem ser de modalidades (tipo) I, II e III (Portaria nº 599/GM), que recebem, respectivamente, incentivos destinados ao custeio de despesas dos serviços ofertados (manutenção de 1/12 desse total em cada mês) (Brasil, 2006a).

O Fundo Nacional de Saúde transfere os valores mensais (parcelas mensais, correspondendo a 1/12) para o fundo estadual e para os fundos municipais de saúde correspondentes, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média complexidade. (Brasil, 2006b).

Para 40 horas semanais, os CEO se comprometem com o fornecimento mínimo dos seguintes serviços especializados:

- I - diagnóstico bucal (ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal);
- II - Periodontia especializada;
- III - Cirurgia Oral menor dos tecidos moles e duros;
- IV - Endodontia; e
- V - atendimento a portadores de necessidades especiais.

Para o monitoramento da produção mensal dos três tipos de centros, a Portaria 600/MS 2006 enumera os procedimentos odontológicos, previstos na tabela de procedimentos/DATASUS, que se relacionam com as quatro especialidades mínimas a

serem ofertadas e define as metas de produção por subgrupo de procedimentos (Brasil, 2006 b):

I) Para os CEOs Tipo 1:

- 80 procedimentos, no total, dos subgrupos: 03.020.00-2 (Procedimentos Individuais Preventivos), 03.030.00-8 (Dentística Básica) e 03.040.00-3 (Odontologia Cirúrgica Básica);
- 60 procedimentos do subgrupo: 10.020.00-4 (Periodontia);
- 35 procedimentos do subgrupo 10.040.00-5 (Endodontia);
- 80 procedimentos, no total, dos subgrupos: 10.050.00-0 (Odontologia Cirúrgica) e 10.060.00-6 (Traumatologia Buco-maxilo-facial).

II) Para os CEOs Tipo 2:

- 110 procedimentos, no total, dos subgrupos: 03.020.00-2 (Procedimentos Individuais Preventivos), 03.030.00-8 (Dentística Básica) e 03.040.00-3 (Odontologia Cirúrgica Básica);
- 90 procedimentos do subgrupo: 10.020.00-4 (periodontia);
- 60 procedimentos do subgrupo 10.040.00-5 (Endodontia);
- 90 procedimentos, no total, dos subgrupos: 10.050.00-0 (Odontologia Cirúrgica) e 10.060.00-6 (Traumatologia Buco-maxilo-facial).

III) Para os CEOs Tipo 3:

- 190 procedimentos, no total, dos subgrupos: 03.020.00-2 (Procedimentos Individuais Preventivos), 03.030.00-8 (Dentística Básica) e 03.040.00-3 (Odontologia Cirúrgica Básica);
- 150 procedimentos do subgrupo: 10.020.00-4 (periodontia);
- 95 procedimentos do subgrupo 10.040.00-5 (Endodontia);
- 170 procedimentos, no total, dos subgrupos: 10.050.00-0 (Odontologia Cirúrgica) e 10.060.00-6 (Traumatologia Buco-maxilo-facial).

Utilização dos serviços de Saúde Bucal

Mesmo na Atenção Básica, onde o acesso deveria ser facilitado para todos, é verificado que alguns grupos de indivíduos lidam com problemas para ser atendidos, como é o caso de bebês, gestantes e idosos, verificado no estudo de Baldani *et al.* (2005) no Estado do Paraná. Eles correspondem aos grupos populacionais menos atendidos pelas equipes, demonstrando que na área da saúde bucal ainda não se cumpriu um dos objetivos da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é ampliar a atenção a todas as pessoas da comunidade. Equipes especializadas poderiam oferecer atenção diferenciada a esses grupos, associada às ações integrais de saúde na Atenção Básica.

Baldani *et al.* (2005) também observaram que o acesso ao serviço odontológico dentro da ESF é um entrave em algumas equipes. Em 85,8% dos relatos de sua pesquisa, as consultas odontológicas foram agendadas nas residências dos usuários ou na própria Unidade de Saúde da Família. Por outro lado, verificou-se que 9,5% das equipes de Saúde Bucal admitiram que a livre demanda é a porta de entrada para o atendimento odontológico, o que demonstra a dificuldade de adaptação à nova lógica de atenção proposta pela ESF. Ressaltaram ainda que, para os casos que requerem maior complexidade de atenção, 75,3% dos municípios são encaminhados para centros de referências, nos próprios municípios ou em municípios próximos e maiores. Em 9,5% dos municípios, esses casos não são referenciados, porém são solucionados pelas próprias equipes; e em outros 9,5% não são resolvidos nem encaminhados, demonstrando uma fraca ligação entre serviços de referência e contra-referência locais.

Segundo Neri & Soares (2002), na Constituição de 1988, a questão da equidade foi tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde, uma vez que garantiu a universalidade da cobertura e do atendimento, com o propósito de fornecer igual oportunidade de acesso aos serviços de saúde para indivíduos com as mesmas necessidades. Entretanto, a sustentabilidade desse sistema depende de aportes financeiros que estão além da capacidade de financiamento do setor, o que faz com que indivíduos com maior poder aquisitivo busquem os serviços privados de saúde como forma de garantir o acesso quando necessário. De acordo com o princípio de equidade vertical, os serviços de saúde deveriam

ser distribuídos segundo a necessidade de cuidados com a saúde, independente das características sócio-econômicas individuais.

O impasse vivenciado com a concretização do acesso universal aos serviços de saúde requer uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público e da edificação de uma utopia social igualitária, tendo a saúde como direito individual e coletivo que deve ser fortalecido com o redimensionamento de uma nova prática construída a partir de uma gestão democrática e participativa (Assis *et al.*, 2003)

De uma maneira geral, o acesso do usuário ao CEO depende dos serviços de referência, ou seja, para ser atendido nestes centros é necessário passar anteriormente pela Unidade Básica de Saúde (UBS) para enfim conseguir um agendamento no CEO mais próximo da UBS. Os profissionais da Atenção Básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados dos casos mais complexos. O tratamento oferecido nos CEO é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de Saúde Bucal (Brasil, 2011a)

Para Costa (2004), o acesso do usuário será garantida quanto mais qualificada for a recepção nos serviços de saúde. A ordem de chegada não deverá ser o critério mais importante na triagem dos casos encaminhados ao atendimento, mas a gravidade ou sofrimento do paciente. Qualquer que seja o nível de atenção em que se esteja atuando, o recebimento ou acolhimento do usuário na unidade prestadora do serviço deve ser baseado nos princípios da humanização, que incluem, entre tantos outros: o respeito pelo ser humano, a cordialidade, o direito de ser esclarecido por quem de direito, sobre todos os passos e procedimentos de exames a que será submetido.

Concepção de redes de serviços de saúde

O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os

serviços e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subseqüentes (Travassos & Martins, 2004).

No que se refere aos níveis de atenção, o nível mais elementar é a chamada atenção básica ou primária e compreende serviços de baixa ou nenhuma complexidade, ofertados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que funcionam como a “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde (SUS) (Costa, 2004). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a atenção básica deveria ser responsável pela resolução de 80% ou mais das necessidades de saúde da população (WHO, 1978).

Segundo Costa 2004, a atenção secundária é aquela que oferta ações mais especializadas e que exige, portanto recursos humanos também especializados e equipamentos mais sofisticados ou de maior complexidade. Apesar disso, ainda pode ser ofertada no nível ambulatorial, em uma unidade de saúde de médio ou grande porte, que abriga profissionais especialistas e equipamentos pertinentes à oferta dessas especialidades. A atenção terciária por sua vez diz respeito aos serviços de alta complexidade, tanto no nível de especialidades, quanto de área física apropriada, ou seja, é aquela ofertada em âmbito hospitalar.

O mesmo autor afirma que a definição clara de níveis de atenção na organização da saúde pública é justificada pela necessidade de racionalização e potencialização dos recursos, racionalização do trabalho e otimização do cuidado com a saúde.

No entanto, conforme afirma Medeiros (2007), a relação entre níveis de complexidade e grau de especialização dá a idéia de que a atenção primária à saúde apresenta menor grau de dificuldade ou exija menor grau de conhecimento ou habilitação, o que de fato não corresponde à realidade. Essa idéia é corroborada por Campos (2003), que considera que o nível de complexidade mais básico do sistema está relacionado com a necessidade de conhecimentos mais abrangentes, enquanto os níveis secundário e terciário são mais específicos ou parcelados/ especializados e usam intensivamente procedimentos baseados em aparelhos e exames. O nível primário, por envolver determinação múltipla, necessita de um conhecimento muito diversificado dos profissionais, pois, nesse nível,

trabalha-se segundo a lógica da multicausalidade, sendo, portanto, o nível de maior complexidade.

Os níveis de atenção, quando organizados como setores sequenciais da trajetória do usuário no sistema de saúde, representam o Modelo Tecno-assistencial Piramidal, o qual é definido e exemplificado por Cecílio (1997):

“Na sua ampla base, estaria localizado um conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em suas áreas de cobertura. Para esta extensa rede de unidades, distribuídas de forma a cobrir grupos populacionais bem definidos (populações adstritas) seria estabelecida, de uma forma geral, a seguinte missão: oferecer atenção integral à saúde das pessoas, dentro das atribuições estabelecidas para o nível de atenção primária, na perspectiva da construção de uma verdadeira “porta de entrada” para os níveis superiores de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde. Na parte intermediária da pirâmide estariam localizados os serviços ditos de atenção secundária, basicamente os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais, normalmente pensados como sendo hospitais distritais. O topo da pirâmide, finalmente, estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade, tendo no seu vértice os hospitais terciários ou quaternários, de caráter regional, estadual ou, até mesmo, nacional”.

Deste modo, o que a pirâmide representaria afinal seria a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência, de forma que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados (Cecílio, 1997).

Costa & Maeda (2001) acentuam que o modelo piramidal é o defendido pelo SUS, que tem em sua base o nível primário, sustentado por um conjunto de unidades de baixa complexidade que formam a rede básica. Como nessa proposta é valorizada a regionalização e a hierarquização dos serviços, essa rede serviria de porta de entrada para o sistema de saúde, garantindo dessa forma a estruturação do sistema de referência e contra-referência. No entanto, a “porta de entrada” a partir da Unidade Básica de Saúde não se encontra permanentemente aberta, nem permite acesso a uma série de serviços durante todo

o tempo (Botazzo, 1999). Para que essa rede de organização hierárquica funcionasse com sua missão de oferecer atenção integral à saúde das pessoas, seria necessária fundamentalmente a expansão da cobertura da Atenção Básica, com democratização do acesso aos serviços de saúde, através de uma cobertura universal, de modo que esta realmente pudesse atuar como a primeira via de entrada ao sistema.

A esse respeito, Cecílio (1997) descreve que todos aqueles que têm atuado no setor saúde ou precisado utilizá-lo nos últimos anos podem afirmar que anda bastante difícil visualizar qualquer coisa que, de fato, se aproxime da imagem projetada da pirâmide. Entre alguns fatos se destacam que a “Atenção Básica não tem funcionado como a porta de entrada”, que o acesso aos serviços especializados é bastante difícil, tanto como suporte especializado para atendimento de encaminhamentos feitos pela rede básica, quanto para dar cobertura aos pacientes em alta do hospital e que continuam necessitando de atendimento mais cuidadoso e diferenciado, mas passível de ser realizado fora do ambiente hospitalar. Caberia ainda às equipes lotadas nas unidades especializadas o papel de capacitação das equipes da atenção básica, buscando aumentar sua autonomia e capacidade de resolver problemas no nível da “atenção primária”.

O mesmo sugere novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão que consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas.

Numa visão plena de saúde, pode-se afirmar que, independentemente do nível de atenção em questão, tanto a atenção à comunidade e às condições ambientais, quanto ao indivíduo devem ser apoiadas na integralidade, nas necessidades da população, na participação popular, na acessibilidade e na multidisciplinaridade, traços do que hoje acontece na Atenção Básica e que deverão ser comuns a todos os níveis de atenção à saúde (Garcia, 2006).

Vale ressaltar que a existência de uma rede de nível secundário e terciário não adequadamente integrada às equipes de atenção básica pode gerar tanto prejuízos para a saúde da população, quando subestimada em número ou diversidade de ações ofertadas,

como prejuízo financeiro para a gestão municipal, quando a rede de nível secundário é superestimada e/ou superutilizada em relação a algumas ações que poderiam ter sido tomadas na atenção básica (Brasil 2009).

Pode-se dizer que, diante das conquistas atuais, é preciso alterar o funcionamento do nosso sistema de saúde e o caminho adotado é através da Atenção Básica. No bojo dessa transformação, torna-se de extrema urgência a reorientação da saúde bucal através não só deste nível de atenção, mas de todos os níveis, de modo que essa área possua um verdadeiro esquema de serviços organizados segundo os níveis de complexidade, mas em conformidade com as necessidades da população (Souza, 2009).

A Integralidade na Atenção à Saúde: sistema de referência e contra-referência

O Sistema Único de Saúde (SUS) está apoiado em diretrizes organizativas – Universalidade, Integralidade e Equidade – e princípios doutrinários – Descentralização, Regionalização, Hierarquização, Participação comunitária e Integração, que se articulam e se complementam na conformação do ideário e da lógica de organização do sistema.

A integralidade da assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1990a).

Mattos (2004) considera que dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o que é menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas. São evidentes as mudanças do sistema tanto no eixo da descentralização quanto no do controle social e do acesso universal, contudo são ainda inúmeras as barreiras de acesso que privam brasileiros das ações e serviços de saúde que necessitam. O autor refere que o termo integralidade tem sido empregado sob diversos matizes: como articulação entre níveis de prestação de serviços de saúde, como integração entre os setores público e privado, como uma importante diretriz na gestão dos serviços e como proposta de modelo de atenção.

Para Fontoura & Mayer (2006), a busca pela construção de práticas de atenção integral à saúde deve estar inserida no cotidiano de todos os profissionais, em cada

atendimento prestado, visando uma assistência qualificada que atenda o indivíduo como um todo, respeitando seus direitos e valores. Nessa perspectiva, a integralidade da assistência é o alicerce para o alcance de uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação.

Outra perspectiva da integralidade é apresentada por Conill (2004) identificando as dimensões físicas do acesso, ou seja, da existência de recursos capazes de responder a demanda, como condições estruturais para que a integralidade possa ocorrer.

Nesse contexto, o acesso do usuário aos serviços de saúde bucal em qualquer nível de atenção e sua trajetória relacionada ao sistema de referência e contra-referência do SUS são considerados fundamentais para a efetivação de seus princípios, em especial a integralidade.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004b), apontam fundamentalmente, no âmbito da assistência, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção.

As ações e serviços de saúde de menor grau de complexidade são colocados à disposição do usuário em unidades de saúde localizadas próximas de seu domicílio. As ações especializadas ou de maior grau de complexidade são alcançadas por meio de mecanismos de referência, organizados pelos gestores nas três esferas de governo. Quando o problema é mais simples, o cidadão pode ser contra-referenciado, isto é, reconduzido para um atendimento em um nível mais básico (Brasil, 2003).

Dessa forma, seria necessário que o princípio da universalidade fosse cumprido diante do direito de atenção à saúde do cidadão garantido pelo Estado, mas ainda há uma extensa agenda a ser cumprida, pois serviços de baixa qualidade e dificuldades de acesso são problemas que ainda impedem que o SUS seja um sistema de atenção eficiente no cumprimento da universalidade.

Pouco está estabelecido sobre o que é ou não responsabilidade do dentista da Atenção Básica. As ações odontológicas na Estratégia Saúde da Família (ESF) costumam ocorrer a critério do próprio profissional. Desta forma, há os que defendem a realização de

determinados tipos de tratamento endodôntico, a confecção da prótese total na ESF, como ocorre, por exemplo, nas Unidades de Saúde de Sobral-CE (Souza, 2009), enquanto outros creditam à equipe de Saúde Bucal apenas a realização de atividades preventivas, com enfoque no coletivo e na educação. Por isso, uma definição das ações odontológicas a serem desenvolvidas nesse nível de atenção é de fundamental importância nesse processo de construção da integralidade em saúde bucal na medida em que somente aquelas ações de real necessidade seriam tratadas nos Centros de Especialidades Odontológicas.

Em 2008, o Ministério da Saúde lançou o Manual de Especialidades em Saúde Bucal (Brasil, 2008c), que define as ações a serem desenvolvidas nos níveis de atenção. Entretanto, conforme apresentado no referido manual, não se espera a construção de receitas fechadas, únicas e absolutas, até porque estes não são conceitos compatíveis com a prática clínica na área da saúde, ainda mais quando tratamos de um país com grande diversidade na organização dos serviços e sistemas públicos de saúde.

Neste enfoque, vale ressaltar que os CEO surgiram para contemplar necessidades reais da população brasileira, apoiados em documentos como o SB Brasil 2002-2003 (Brasil, 2004a). Porém, sua implantação não foi baseada em estudos para planejamento da distribuição territorial dos CEO, da necessidade de capacitação dos recursos humanos compatível com esse nível de atenção, como também estudos que permitissem avaliar a resolutividade da rede de atenção básica no atendimento a necessidade primária em saúde bucal.

Avaliação de serviços de saúde

Serviços diretos de atendimento possuem atributos sociais, políticos e econômicos que os qualificam a serem submetidos a um processo avaliativo, de acordo com demandas sociais previamente definidas (Akerman. & Nadanovsky, 1992).

No Brasil, a grande expansão de atenção à saúde, oferta de novas tecnologias, desenvolvimento de modelos assistenciais diversos e crescimento da importância política e econômica da atenção à saúde contribuíram para que propostas de racionalização das decisões e das práticas encontrassem espaço. A avaliação se constitui num setor produtor de

saberes e práticas a partir da qual o conhecimento produzido contribui para a racionalização dos processos de decisão (Novaes, 2000).

Segundo Contandriopoulos (1997, 2006), avaliar pode ser definido como uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, ou sobre qualquer um dos seus componentes, capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas, com vistas à tomada de decisão. Este julgamento pode ocorrer a partir de critérios e normas (avaliação normativa) de cada um dos componentes da intervenção, sejam eles, os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos. Em contrapartida a pesquisa avaliativa analisa através de um procedimento científico as relações entre os componentes de uma intervenção no contexto no qual ela se situa.

Segundo Santos Filho (2007), a avaliação é uma atividade que acompanha a vida do homem, tida como inerente ao próprio processo de aprendizagem e na atualidade assume cada vez mais um caráter polissêmico em sua conceituação, abrigando múltiplas realidades e múltiplos referenciais de análise.

No Brasil, a pesquisa de avaliação de políticas começa a se desenvolver apenas a partir da década de 1980 e apresenta-se, tanto do ponto de vista acadêmico, como da sua incorporação ao cotidiano da administração pública, ainda bastante incipiente e conceituada sob diferentes perspectivas, ora com traços coincidentes ou comuns, ora posições discordantes (Uchimura & Bosi, 2002).

Desde então, o campo de avaliação em serviços de saúde tem se desenvolvido progressivamente no Brasil, com a realização de pesquisas acadêmicas visando à avaliação de serviços de saúde, até a incorporação pelo Ministério da Saúde da necessidade de pesquisas avaliativas com vistas a subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e a divulgação de seus resultados (Felisberto, 2006).

Apesar disso, no País, a avaliação em saúde apresenta-se ainda por intermédio de processos incipientes, pouco incorporados às práticas e, desta forma, não se constitui como ferramenta de suporte ao processo decisório, nem de formação das pessoas nele envolvidas (Brasil, 2005b).

Desse modo, alguns autores afirmam a necessidade de se institucionalizar a avaliação como rotina em diversos setores da saúde e implantar uma cultura avaliativa, através da formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde (Hartz, 2002; Contandriopoulos & Felisberto, 2006). Tal política teria a orientação de tornar a avaliação uma rotina nas praticas dos serviços, partindo do princípio de que o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional (Felisberto, 2006).

A incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde poderia propiciar aos gestores as informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção, e se estruturar como componente do processo de planejamento. Há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas nem para a análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades, nem para a reorientação de práticas (Silva & Formigli, 1994).

São inúmeras as dimensões que um processo avaliativo pode assumir, como o contexto político, instrumentos de política, desconcentração de descentralização, processos de planejamento e administração (recursos humanos e materiais), estrutura organizacional, acessibilidade, cobertura, integralidade das ações, qualidade e eficácia, articulação intra e intersetorial, entre outras (Souza, 2005).

Outra distinção básica em avaliação é feita entre abordagens de caráter formativo ou somativo (Furtado, 2008). A avaliação somativa é aquela destinada à tomada de decisões sobre determinado programa, na qual se considera as informações sobre custos e resultados, sendo habitualmente endereçada aos gestores que devem decidir sobre sua continuidade, ampliação ou consolidação. A avaliação formativa tem como objetivo o aperfeiçoamento de um dado programa, diagnosticando suas fragilidades e vulnerabilidades, por isso, tem mais relevância nos primeiros tempos de um programa, quando se pode aprender com os elementos advindos de sua aplicação na prática e superar os problemas identificados (Furtado, 2008 e Hartz, 2002).

Zuñiga citado por Furtado (2008) expõe que as essências da avaliação são: 1) o fato de ela referir-se à ação humana; 2) que as ações estejam estruturadas em um projeto e articuladas em um programa; 3) que a iniciativa em foco esteja endereçada a mudanças

específicas de uma dada situação problemática e 4) que tais mudanças possam ser constatadas empiricamente.

O objeto da avaliação precisa ser delimitado com clareza, seja um programa/serviço na íntegra ou seus elementos constituintes, ou ainda a dimensão da qualidade que é verificada no aspecto subjetivo do processo avaliativo. Essa decisão traz profundas implicações aos rumos da pesquisa que se propõe desenvolver, já que definirá a estratégia a ser empregada na sua condução (Uchimura & Bosi, 2002).

Os resultados de uma avaliação podem não se traduzir automaticamente em uma decisão, mas espera-se que as informações produzidas contribuam para o julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as decisões (Contandriopoulos, 2006). As informações advindas de uma avaliação devem sair do campo do conhecimento para estruturarem-se em práticas, apoiadas em decisões políticas capazes de reconhecer os possíveis resultados negativos como problemas a serem solucionados (Silva & Formigli, 1994).

O uso de Indicadores na avaliação e no planejamento

De acordo com o Programa de Desenvolvimento Gerencial da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP, 2011) o uso de indicadores facilita o planejamento, ao apontar para movimentos significativos de variáveis relevantes em programas, projetos ou ações. Torna-se, assim, instrumento fundamental para subsidiar as propostas de intervenção na realidade, visando a um impacto positivo; o monitoramento e a avaliação são necessários à gestão governamental.

Paim & Silva, 2010 relatam que a literatura tem revelado uma elevada produção de pesquisas sobre desigualdades em saúde. Embora muitos estudos não se preocupem em conceituar desigualdade, estes têm indicado assimetrias de indicadores de saúde entre classes sociais, bairros, raça-cor, estratos de renda, educação, ocupação, etc.

Segundo Barcellos *et al.* (2002), uma das mais importantes tendências dos estudos sobre acesso e desigualdades sociais é o uso de indicadores sintéticos de qualidade de vida, entre eles o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), criado pelo Programa das

Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O autor refere que trabalhos, na escala nacional, regional e intramunicipal têm sido desenvolvidos, utilizando-se o Índice de Desenvolvimento Humano e outros índices econômicos e sociais para a medição de iniquidades.

O Índice de Desenvolvimento Humano – IDH

O IDH compõe um rol de indicadores que se preocupam com uma forma de estabelecer critérios de comparação acerca do nível de desenvolvimento das sociedades. Conforme estabelecido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, o objetivo da elaboração do Índice de desenvolvimento Humano é oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Criado por Mahbub ul Haq com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia de 1998, o IDH pretende ser uma medida geral, sintética, do desenvolvimento humano. Não abrange todos os aspectos de desenvolvimento e não é uma representação da "felicidade" das pessoas, nem indica "o melhor lugar no mundo para se viver".

O IDH foi criado originalmente para medir o nível de desenvolvimento humano dos países a partir de indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB per capita). O índice varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). Países com IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo; os países com índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano; países com IDH maior que 0,800 têm desenvolvimento humano considerado alto (PNUD, 2011).

Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, 2003), para aferir o nível de desenvolvimento humano de municípios as dimensões são as mesmas – educação, longevidade e renda -, mas alguns dos indicadores usados são diferentes. Embora meçam os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDH municipal (IDHM) são mais adequados para avaliar as condições de núcleos sociais menores.

Para a avaliação da dimensão educação, o cálculo do IDH municipal considera dois indicadores, com pesos diferentes: taxa de alfabetização de pessoas acima de 15 anos de idade (com peso dois) e a taxa bruta de frequência à escola (com peso um). O primeiro indicador é o percentual de pessoas com mais de 15 anos capaz de ler e escrever um bilhete simples (ou seja, adultos alfabetizados). O calendário do Ministério da Educação indica que se a criança não se atrasar na escola ela completará esse ciclo aos 14 anos de idade, daí a medição do analfabetismo se dar a partir dos 15 anos. O segundo indicador é resultado de uma conta simples: o somatório de pessoas (independentemente da idade) que freqüentam os cursos fundamental, secundário e superior é dividido pela população na faixa etária de 7 a 22 anos da localidade. Estão também incluídos na conta os alunos de cursos supletivos de primeiro e de segundo graus, de classes de aceleração e de pós-graduação universitária. Apenas classes especiais de alfabetização são descartadas para efeito do cálculo.

Para a avaliação da dimensão longevidade, o IDH municipal considera o mesmo indicador do IDH de países: a esperança de vida ao nascer. Esse indicador mostra o número médio de anos que uma pessoa nascida naquela localidade no ano de referência (no caso, 2000) deve viver. O indicador de longevidade sintetiza as condições de saúde e salubridade daquele local, uma vez que quanto mais mortes houver nas faixas etárias mais precoces, menor será a expectativa de vida observada no local.

Para a avaliação da dimensão renda, o critério usado é a renda municipal per capita, ou seja, a renda média de cada residente no município. Para se chegar a esse valor soma-se a renda de todos os residentes e divide-se o resultado pelo número de pessoas que moram no município (inclusive crianças ou pessoas com renda igual a zero). No caso brasileiro, o cálculo da renda municipal per capita é feito a partir das respostas ao questionário expandido do Censo – um questionário mais detalhado do que o universal e que é aplicado a uma amostra dos domicílios visitados pelos recenseadores. Os dados colhidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) através dessa amostra do Censo são expandidos para o total da população municipal e, então, usados para o cálculo da dimensão renda do IDHM.

Uma vez escolhidos os indicadores, são calculados os índices específicos de cada uma das três dimensões analisadas: IDHM-E, para educação; IDHM-L, para saúde (ou

longevidade); IDHM-R, para renda. Para tanto, são determinados os valores de referência mínimo e máximo de cada categoria, que serão equivalentes a 0 e 1, respectivamente, no cálculo do índice.

Os sub-índices de cada município serão valores proporcionais dentro dessa escala: quanto melhor o desempenho municipal naquela dimensão, mais próximo o seu índice estará de 1. O IDHM de cada município é fruto da média aritmética simples desses três sub-índices: somam-se os valores e divide-se o resultado por três ($IDHM-E + IDHM-L + IDHM-R / 3$) (PNUD, 2003).

Figueiredo & Goes (2009), em estudo realizado em Pernambuco, identificaram que houve correlação estatisticamente significativa entre o IDHM e o cumprimento das metas dos CEO. Observaram que quanto maior o IDHM, melhor o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Indicadores de Cobertura: Estratégia Saúde da Família, Saúde Bucal e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

O Boletim nº 1000 da Secretaria da Comunicação Social da Presidência da República, de março de 2010, informa que “Saúde da Família chega à 50% dos brasileiros e melhora indicadores sociais” São quase 96% dos municípios do Brasil, atendidos por 29,4 mil equipes. Já temos inúmeros resultados dessa política que é hoje, talvez, o maior modelo em termos numéricos de atenção primária do mundo. As equipes têm um impacto muito importante na saúde das pessoas (SECOM, 2010).

O Painel de Indicadores do SUS, Nº 4, identifica que nos Municípios com renda per capita familiar média menor que um salário mínimo (renda baixa), a expansão da Estratégia Saúde da Família foi a mais ampla: no início de 1998, contavam com 10% de sua população coberta por equipes da Estratégia Saúde da Família; em 2006, essa cobertura ultrapassava 70% (Brasil, 2008b). A análise de indicadores municipais mostrou que nos municípios de pequeno porte, até 20 mil habitantes, a Estratégia Saúde da Família atingiu, em 2006, 76% de cobertura populacional e que a maioria dos Municípios brasileiros (75%) de baixo IDH, concentra-se no estrato de maior cobertura da Saúde da Família (70% e

mais) (Brasil, 2008a).

Chaves (2010) analisaram os fatores relacionados à integralidade na assistência à saúde bucal em CEO, segundo os princípios norteadores da Política Nacional de Saúde Bucal, e concluíram que residentes de municípios onde a Estratégia Saúde da Família tinha cobertura acima de 50% tiveram mais chance de concluir o tratamento odontológico.

3 PROPOSIÇÃO

O presente estudo tem como objetivo avaliar o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas e sua associação com variáveis estruturais dos serviços, variáveis contextuais dos municípios e forma de organização da atenção básica, no período de 2004 a 2009.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de Estudo

O presente estudo é do tipo descritivo quantitativo de caráter de avaliação normativa.

Coleta de dados

Foram utilizados dados secundários, coletados de bases nacionais de dados.

A coleta de dados de produção foi realizada a partir de banco de dados do Departamento de Informática do SUS- DATASUS, com informação dos dados da Produção Ambulatorial do ano de 2009. Através da ferramenta de tabulação TabWin (Brasil, 2011), os dados foram tabulados e exportados para o programa excel onde foram realizados a consolidação e agrupamento de acordo com os subgrupos de procedimentos odontológicos especializados da Tabela de Procedimentos do SIA/SUS, conforme Tabela 1.

Tabela 1- Subgrupos de procedimentos odontológicos especializados

Subgrupo	Procedimentos
10.020.00-4	Periodontia especializada
10.040.00-5	Endodontia
10.050.00-0	Odontologia Cirúrgica
10.060.00-6	Traumatologia Buco-maxilo-facial

A Tabela 2 identifica os procedimentos da tabela SIA-SUS da Periodontia especializada, agrupados no subgrupo 10.020.00-4.

Tabela 2- Procedimentos especializados em periodontia – subgrupo 10.020.00-4

Código SIA	Procedimento
1002101-9	cirurgia periodontal por hemiarcada
1002102-7	enxerto gengival
1002103-5	gengivectomia
1002105-1	gengivoplastia por hemiarcada
1002106-0	raspagem corono
1002107-8	tratamento periodontal em situação de emergência
1002108-6	curetagem subgengival por indivíduo

A Tabela 3 identifica os procedimentos da tabela SIA-SUS da especialidade Endodontia, agrupados no subgrupo 10.04000-5.

Tabela 3- Procedimentos especializados em endodontia – subgrupo 10.04000-5

Código SIA	Procedimento
1004102-8	retratamento endodôntico em dente permanente unirradicular
1004103-6	tratamento endodôntico em dente decíduo unirradicular
1004104-4	retratamento endodôntico em dente decíduo unirradicular
1004105-2	tratamento endodôntico em dente permanente unirradicular
1004201-6	retratamento endodôntico em dente permanente birradicular
1004202-4	tratamento endodôntico em dente permanente birradicular
1004301-2	retratamento endodôntico em dente permanente trirradicular
1004302-0	tratamento de perfuração radicular
1004303-9	tratamento endodôntico em dente permanente trirradicular
1004401-9	tratamento endodôntico em dente decíduo multirradicular
1004402-7	retratamento endodôntico em dente decíduo multirradicular

As Tabelas 4 e 5 identificam os procedimentos da tabela SIA-SUS da especialidade Cirurgia, agrupados nos Subgrupos 10.050.00-0 (odontologia cirurgica) e 10.060.00-6 (traumatologia buco maxilo facial).

Tabela 4- Procedimentos especializados em cirurgia – odontologia cirurgica- subgrupo 1005000-0

Código SIA	Procedimento
1005101-5	apicetomia com ou sem obturação retrógrada
1005102-3	aprofundamento de vestibulo por hemiarcada
1005103-1	alveolotomia por arcada
1005104-0	cirurgia com finalidade ortodôntica
1005105-8	correção de bridas musculares
1005106-6	correção de hipertrofia de rebordo alveolar
1005107-4	correção de tuberosidade
1005108-2	curetagem periapical
1005109-0	enxerto ósseo
1005110-4	excisão de cálculo de glândula salivar
1005111-2	excisão de fenômenos de retenção salivar
1005112-0	excisão de glândula submaxilar
1005114-7	exodontia múltipla com alveoloplastia por hemi
1005116-3	marsupialização de cistos
1005117-1	marsupialização de lesões
1005118-0	reconstrução de sulco gengivo
1005119-8	reconstrução parcial do lábio traumatizado
1005120-1	redução incruenta de luxação da atm
1005121-0	reimplante e transplante dental por elemento
1005122-8	remoção de cisto
1005123-6	remoção de corpo estranho da região buco
1005124-4	remoção de dente retido (incluso ou impactado)
1005125-2	remoção de torus e exostoses
1005126-0	remoção de foco residual
1005127-9	retirada de material de síntese (fios, pinos, arcos e placas dos ossos da face)
1005128-7	selamento de fistula cutânea odontogênica
1005129-5	sinusotomia maxilar unilateral
1005131-7	tratamento cirúrgico de fistula buco
1005132-5	tratamento cirúrgico de fistula extra
1005133-3	tratamento cirúrgico de fistula intra
1005134-1	tratamento clínico das nevralgias faciais
1005135-0	tratamento de emergência, fratura alvéolo
1005137-6	apicetomia com obstrução retrógrada
1005138-4	laçada, tunelização
1005139-2	cirurgia dente incluso pac anom crânio

Tabela 5- Procedimentos especializados em cirurgia – traumatologia buco maxilo facial- subgrupo 1006000-6

Código SIA	Procedimento
1006101-0	contenção (splintagem)
1006102-9	redução cruenta de fratura alvéolo
1006103-7	redução incruenta de fratura alvéolo

Os dados do tipo de CEO foram coletados da base DATASUS-Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) - Habilitações¹.

As coberturas populacionais pela Estratégia Saúde da Família, Saúde Bucal e ACS, de cada município, foram obtidas através do Relatório Evolução do credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil (Brasil, 2011b).

O porte populacional e densidade demográfica dos municípios foram obtidos dos resultados preliminares do universo do Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2010);

Os IDHM dos municípios foram obtidos do Ranking decrescente do IDHM dos municípios (PNUD, 2000).

Através do programa Excel, foi realizado procura vertical para associação dos bancos de dados de produção de procedimentos com os bancos de dados do IBGE, CNES/DATASUS e os relatórios do PNUD.

Critérios de inclusão

Como critério de inclusão para o estudo foram considerados todos os CEO implantados no Brasil, de 2004 até dezembro de 2009, resultando um total de 846 CEO, distribuídos em 704 municípios de todas as regiões do Brasil.

¹ Relatório da tabela de domínio NFCES051 – HABILITAÇÕES.

As especialidades odontológicas incluídas no estudo foram periodontia especializada, endodontia e cirurgia oral menor, contemplando procedimentos da odontologia cirúrgica e traumatologia buco-maxilo-facial. Foi excluído do estudo o Atendimento a portadores de necessidades especiais, considerando que os procedimentos realizados nesse atendimento são da odontologia básica.

Variáveis estudadas

a. Desempenhos dos CEO

A avaliação do desempenho dos CEO, considerando as especialidades odontológicas incluídas no estudo, foi construída com base na Portaria N° 600/GM de 23 de março de 2006, que define a produção mínima mensal dos subgrupos de procedimentos a ser realizada nos CEO, verificada por meio dos Sistemas de Informação do SUS, conforme Tabela 6.

Tabela 6- Meta mensal por Subgrupo/Especialidade e Tipo de CEO

Subgrupo de procedimentos	Especialidade	Meta mensal		
		CEO Tipo I	CEO Tipo II	CEO Tipo III
10.020.00-4	Periodontia especializada	60	90	150
10.040.00-5	Endodontia	35	60	95
10.050.00-0	Odontologia Cirúrgica	80	90	170
10.060.00-6	Traumatologia Buco-maxilo-facial			

Para a avaliação do desempenho foi considerado o resultado da operacionalização do quociente resultante da média mensal de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondente à meta deste subgrupo multiplicado por 100. Consideraram-se meta atingida aqueles centros de especialidades odontológicas que cumpriram percentual igual ou superior

a 100% da meta normatizada para cada subgrupo de procedimentos odontológicos especializados.

Para avaliação do desempenho global, foram definidas 4 (quatro) categorias de desempenho dos serviços, apresentadas na Tabela 7.

Tabela 7- Categorias de desempenho

Categorias	Desempenho
Péssimo	CEO que não atingiram nenhuma meta
Ruim	CEO que não atingiram meta em 1 (uma) especialidade
Regular	CEO que atingiram metas em 2 (duas) especialidade
Bom	CEO que atingiram metas em 3 (três) especialidades

b. Variáveis estruturais dos CEO

Conforme descrito na Portaria MS 599/2006 os centros de Especialidades Odontológicas podem ser do Tipo I, Tipo II e Tipo III. A Tabela 8 identifica as características estruturais por Tipo de CEO.

Tabela 8- Características estruturais segundo o Tipo de CEO.

Estrutura		CEO Tipo I	CEO Tipo II	CEO Tipo III
Equipamentos		3	4 ou 6	7 ou mais
Recursos	CD	3 ou mais	4 ou mais	7 ou mais
Humanos	ASB	1 por consultório	1 por consultório	1 por consultório

c. Variáveis contextuais dos municípios

- Macro- Regiões do país que os CEO se inserem;
- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, IDHM;
- Densidade demográfica dos municípios.

d. Variáveis segundo as formas de organização da Atenção Básica dos municípios

- Percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF);

- Percentual de cobertura das equipes de Saúde Bucal (eSB);
- Percentual de cobertura pela Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Análise estatística

Foi realizada análise bivariada pelo teste de Qui-quadrado para associação entre a variável dependente (Desempenho do CEO) com as independentes.

A variável dependente foi dicotomizada em péssimo/ruim e regular/bom. As variáveis independentes (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, densidade demográfica, proporção de cobertura populacional estimada por Agente Comunitário de Saúde, proporção de cobertura populacional estimada por equipes Saúde da Família e proporção de cobertura populacional estimada por equipes de Saúde Bucal) foram dicotomizadas pela mediana.

5 RESULTADOS

A Tabela 9 mostra a associação pelo teste de Qui-quadrado.

Tabela 9- Análise bivariada pelo teste de Qui-quadrado.

Variável	Desempenho do CEO				OR bruta	IC95%	p
	péssimo/ruim		regular/bom				
	n	%	n	%			
Região							
Centro-oeste	30	56,60	23	43,40	0,41	0,22-0,74	0,0050
Nordeste	254	76,05	80	23,95	ref		
Norte	27	50,00	27	50,00	0,31	0,17-0,57	0,0001
Sudeste	170	56,86	129	43,14	0,41	0,29-0,58	<0,0001
Sul	76	71,70	30	28,30	0,80	0,49-1,30	0,4399
Tipo de CEO							
Tipo 1	225	69,44	99	30,56	ref		
Tipo 2	286	62,86	169	37,14	0,74	0,55-1,00	0,0671
Tipo 3	46	68,66	21	31,34	0,96	0,55-1,70	0,9855
IDHM							
≤ 0,76	311	73,00	115	27,00	1,91	1,43-2,55	<0,0001
> 0,76	246	58,57	174	41,43	ref		
Densidade demográfica							
≤ 99,28	295	69,74	128	30,26	1,42	1,06-1,88	0,0167
> 99,28	262	61,94	161	38,06	ref		
Cobertura ACS							
≤ 88,40	268	63,36	155	36,64	0,80	0,60-1,06	0,1279
> 88,40	289	68,32	134	31,68	ref		
Cobertura ESF							
≤ 68,16	259	61,23	164	38,77	0,66	0,50-0,88	0,0047
> 68,16	298	70,45	125	29,55	ref		
Cobertura eSB							
≤ 43,09	255	60,28	168	39,72	0,61	0,46-0,81	0,0007
> 43,09	302	71,39	121	28,61	ref		

Nota: OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confiança, IDHM= Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, ACS= Agente Comunitária de Saúde, ESF= Estratégia Saúde da Família, eSB= equipe de Saúde Bucal, CEO= Centro de Especialidades Odontológicas.

De acordo com a Tabela 9, observa-se que as variáveis: região, IDHM, densidade demográfica, cobertura ESF e cobertura ESB tiveram associação significativa com o desempenho do CEO ($p \leq 0,05$).

Segundo o tipo dos Centros de Especialidades Odontológicas, constatou-se que todos os tipos de CEO apresentaram maior percentual de desempenho péssimo/ruim.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) variou entre 0,526 e 0,919 e 50% dos municípios apresentaram IDHM superior a 0,76. Dentre os municípios com $IDH \leq 0,76$, 115 (27,00%) revelaram desempenho regular/bom e 311 (73,00%)

desempenho péssimo/ruim. Dentre aqueles com IDH > 0,76%, 174 (41,43%) revelaram desempenho regular/bom e 246 (58,57%) desempenho péssimo/ruim.

Em relação aos dados da cobertura da Estratégia Saúde da Família observou-se que nos municípios onde o percentual encontra-se acima de 68,16%, 125 (29,55%) apresentaram desempenho regular/bom e 298 (70,45%), desempenho péssimo/ruim.

Quando o percentual de cobertura é menor ou igual a 68,16%, 164 (38,77%) apresentam desempenho regular/bom e 259 (61,23%), desempenho péssimo/ruim.

Na mesma direção, quando se analisou a cobertura populacional por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), observou-se que quando a cobertura é maior que 88,40%, 134 (31,68%) demonstraram desempenho regular/bom e 289 (68,32%), desempenho péssimo/ruim. Quando a cobertura é menor ou igual a 88,40%, 155 (36,64%) demonstraram desempenho regular/bom e 268 (63,36%), desempenho péssimo/ruim.

O conjunto dos 846 CEO analisados, ou seja, a totalidade dos habilitados no Ministério da Saúde até 31 de dezembro 2009, oferece as seguintes especialidades odontológicas: periodontia, endodontia, cirurgia e diagnóstico bucal, e atendimento às pessoas com deficiências.

Os registros globais do Ministério da Saúde apontam predomínio do CEO Tipo II (455) representando 54% do total de CEO, seguido do Tipo I (324) representando 38% , e Tipo III (67) com a menor representatividade, 8% (Figura 1).

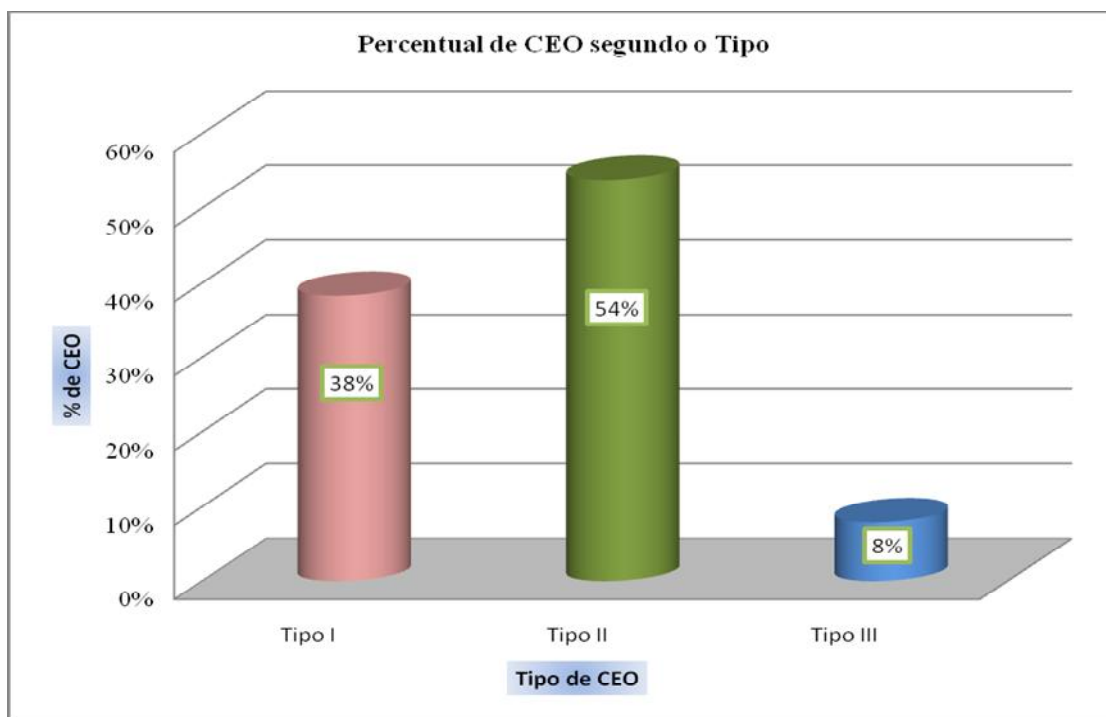


Figura 1- Percentual de CEO segundo o Tipo.

Considerando-se as macro-regiões do Brasil, 39% dos CEO estão implantados no Nordeste, 35% no Sudeste, 13% no Sul, 6% no Centro-Oeste e 6% no Norte (Figura 2).

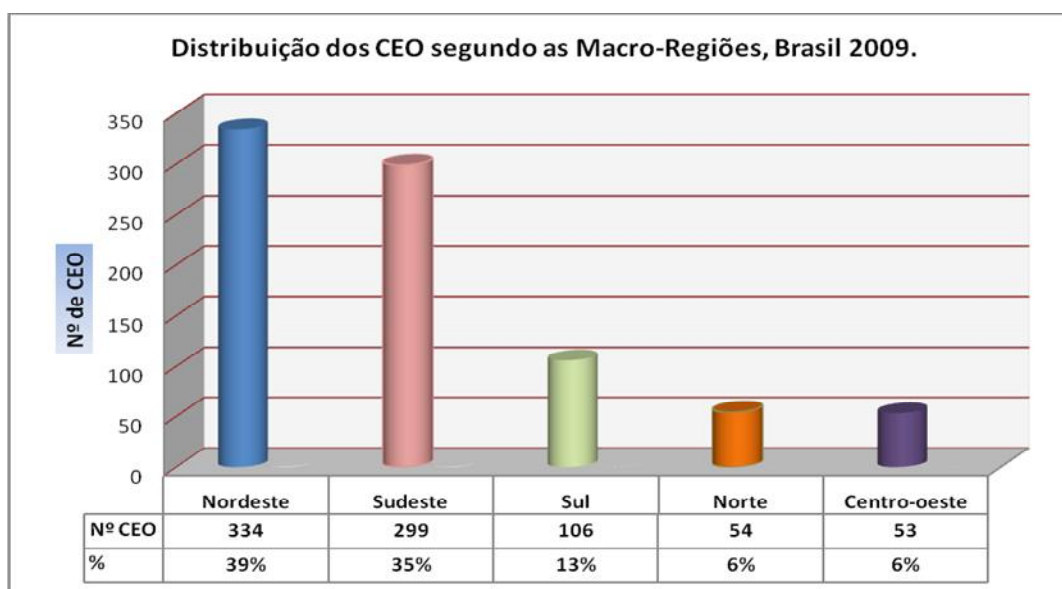


Figura 2- Distribuição dos CEO segundo as macro-Regiões do Brasil.

No Centro-Oeste 23% dos CEO são do Tipo I, 68% do Tipo II e 9% do Tipo III, no Nordeste 45% dos CEO são do Tipo I, 45% do Tipo II e 10% do Tipo III; no Norte 43% são do Tipo I, 46% do Tipo II e 11% do Tipo III, no Sudeste 31% são do Tipo I, 64% do Tipo II e 5% do Tipo III e no Sul 45% são do Tipo I, 47% do Tipo II e 8% do Tipo III. (Figura 3).

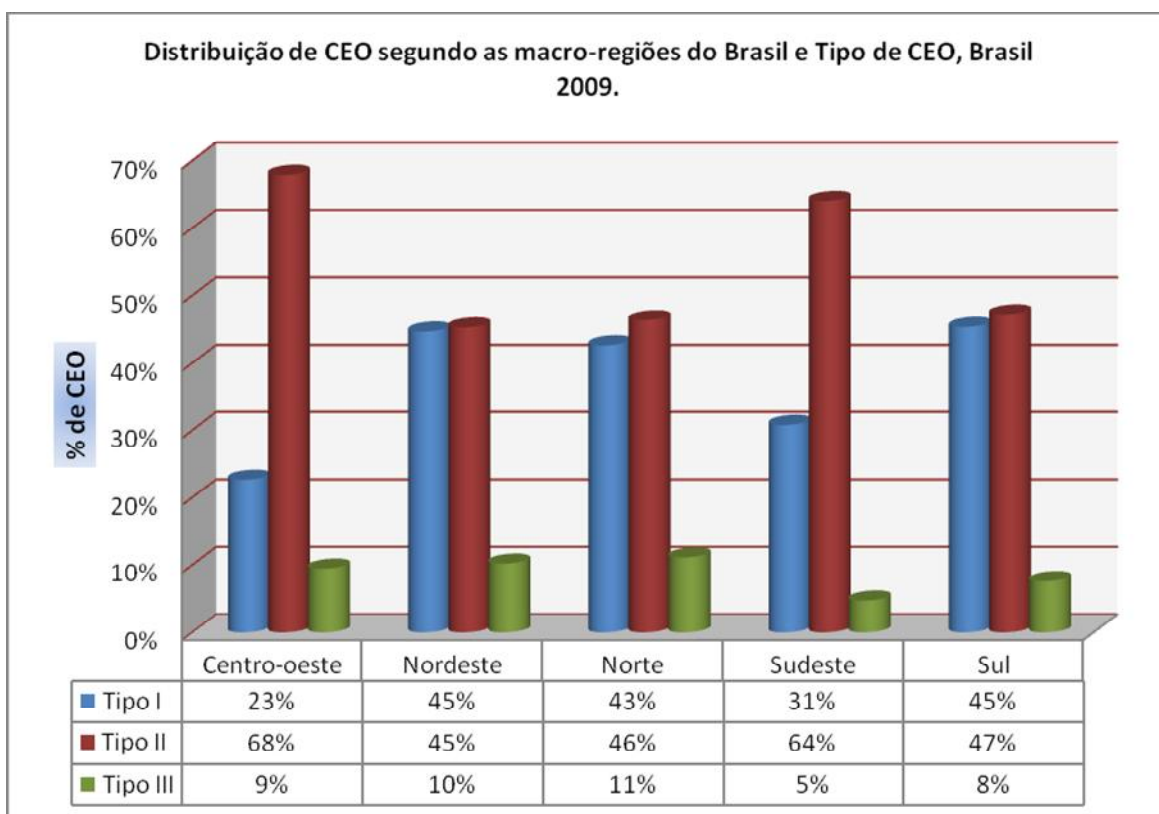


Figura 3- Distribuição de CEO segundo Macro Regiões do Brasil e Tipo de CEO

Os municípios onde os CEO estão implantados são bastante heterogêneos em nível populacional, variando entre 4.629 habitantes nos de pequeno porte até 11.253.503 habitantes nos de grande porte. Dos 846 CEO presentes no estudo, 207 estão implantados em municípios com população inferior a 30.000 habitantes, 142 em municípios com população entre 30.000 e 50.000 habitantes, 168 em municípios entre 50.000 e 100.000 habitantes e 329 em municípios com população superior a 100.000 habitantes. (Figura 4)

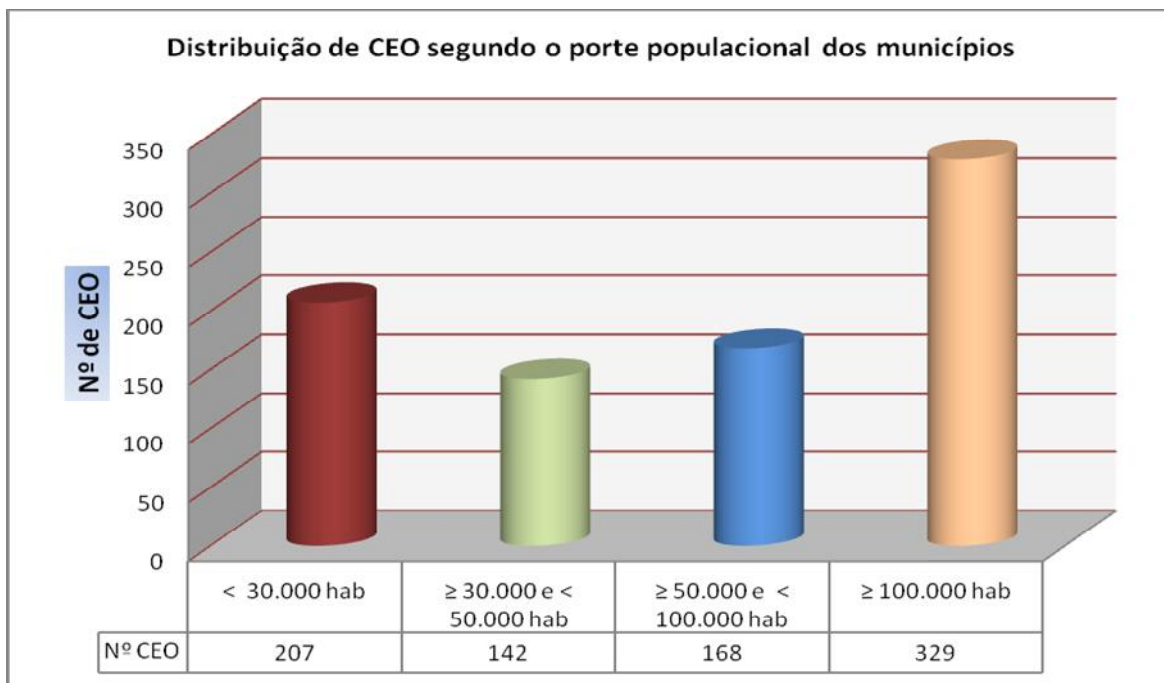


Figura 4- Distribuição dos CEO segundo o porte populacional dos municípios.

A Figura 5 identifica a distribuição de CEO segundo o porte populacional dos municípios e o Tipo de CEO.

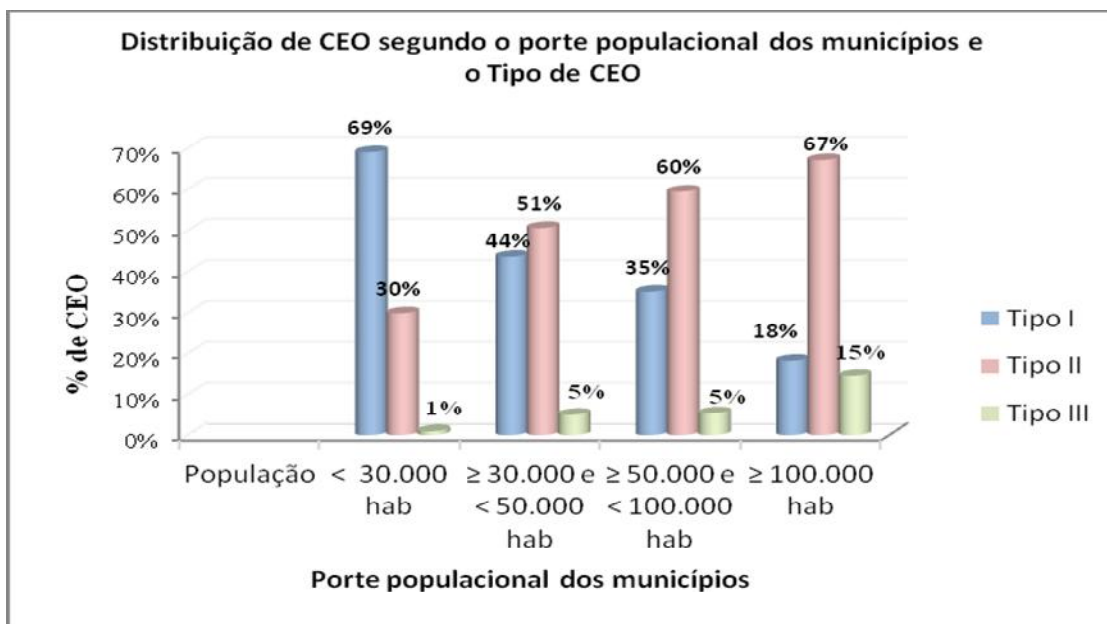


Figura 5- Distribuição de CEO segundo o porte populacional dos municípios e o Tipo de CEO

Apenas 12% dos CEO estão implantados nas capitais brasileiras (Figura 6).

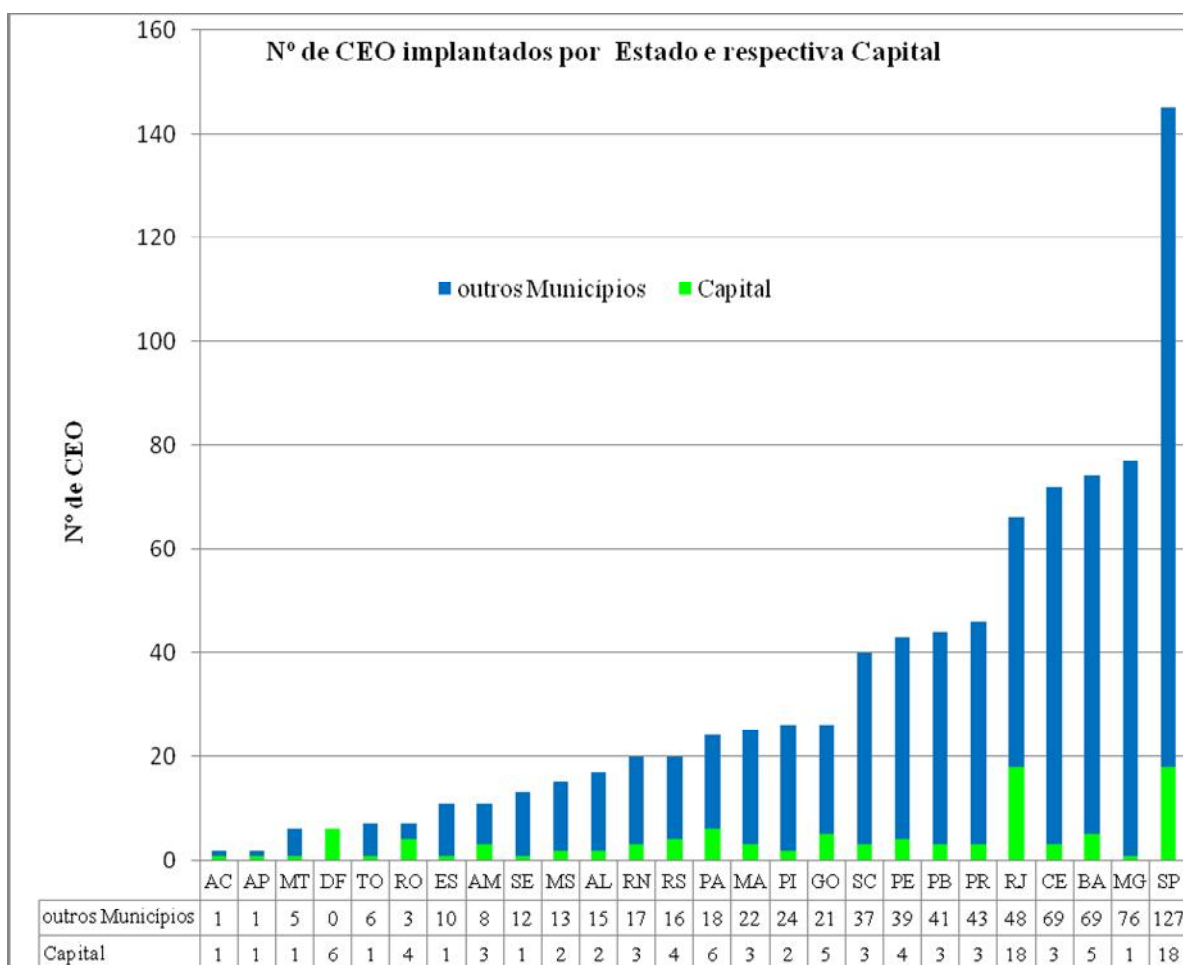


Figura 6- Distribuição de CEO por estado e respectiva capital

No que se refere ao Cumprimento das Metas, segundo as categorias de desempenho definidas no presente estudo, observou-se que 34% dos CEO apresentaram desempenho considerado regular/bom e 66% deles, desempenho péssimo/ruim.

Quando analisou-se o Cumprimento das Metas, segundo o sub-grupo de procedimentos da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS – constatou-se que 55% dos CEO cumpriram a meta do sub-grupo “periodontia”, seguido de percentuais menores relacionados aos sub-grupos odontologia cirurgica/ cirurgia buco-maxilo-facial (BMF), 33%, e endodontia”, 23%. (Figura 7).

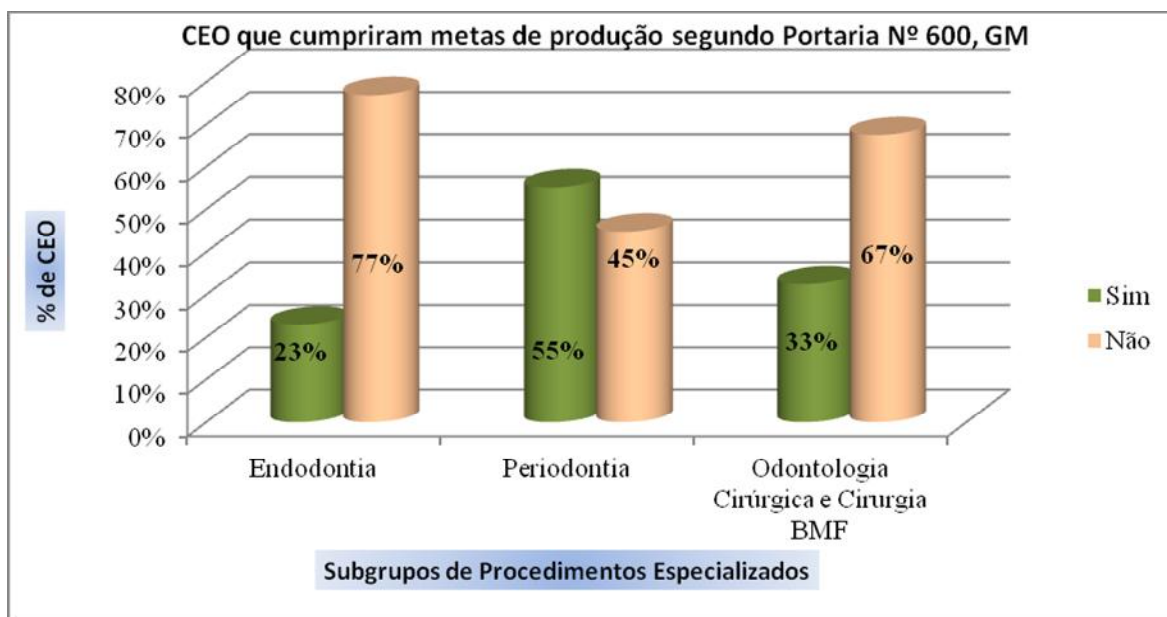


Figura 7- Cumprimento de metas dos CEO segundo Portaria nº 600/GM.

6 DISCUSSÃO

No Brasil, até muito recentemente, as programações assistenciais públicas em saúde bucal estavam restritas à Atenção Básica. Barros & Bertoldi (2002) apontaram em seu estudo que parcela significativa da população brasileira não tem acesso a serviços odontológicos. No Brasil, cerca de 50% da população tem acesso freqüente aos serviços de saúde bucal, 30% tem acesso irregular e 20% nunca foram ao dentista (Shirota, 1998). Neste cenário ainda está a baixa capacidade dos serviços públicos na oferta dos serviços especializados, comprometendo o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência (Brasil, 2004a).

De acordo com Figueiredo & Goes (2009), em estudo que analisou o desempenho dos CEO em Pernambuco, o sistema de referência e contra-referência em saúde bucal deve considerar os seguintes princípios: (i) equidade: pressupõe que todos os casos, apropriadamente diagnosticados, devem ser referenciados a um nível de maior complexidade, sem barreiras; (ii) integralidade: impõe que o tratamento requerido deve estar disponível e acessível, em todos os níveis da atenção. Da mesma forma, a interface entre a atenção básica e a secundária deve ser eficiente e eficaz, garantindo-se que as referências sejam apropriadas e devidamente oportunas e com mecanismos de triagem adequados. A contra-referência também deve ser assegurada, após o tratamento completado (Brasil, 2006a).

Nesta pesquisa, o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas foi avaliado somente pelas metas dos subgrupos de procedimentos odontológicos (SIA/SUS), não contemplando, inclusive, a totalidade dos serviços que deveriam ser ofertados neste nível de atenção. O agrupamento de procedimentos, elaborado pelo MS para avaliação da produção em cada especialidade, possibilita análises sob olhares diferentes entre pesquisadores representando uma limitação para as pesquisas. Afinal, há procedimentos que se encaixam em mais de uma especialidade, entretanto, a maioria dos procedimentos não oferece maiores dificuldades para o enquadramento. A observação do Cumprimento das Metas dos serviços tornou simples e objetiva as análises das variáveis da produção.

Os resultados, considerando a totalidade dos CEO, apontaram que apenas 34% deles obtiveram desempenho regular/bom, salientando-se que os melhores resultados foram

observados no subgrupo de procedimentos da periodontia, em detrimento dos demais, principalmente da endodontia.

A maior cobertura populacional por equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) foi normatizada pelo MS como critério de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas. Entretanto, os dados apontam que os Centros de Especialidades Odontológicas são equipamentos com menores barreiras de acesso nos municípios com menor cobertura de saúde bucal na ESF.

A densidade demográfica não foi parâmetro instituído para a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, entretanto, esta pesquisa valeu-se da variável “densidade demográfica”, como fator de análise de desempenho. A variável IDHM foi utilizada na mesma perspectiva. Assim, observou-se associação entre desempenho do CEO com densidade demográfica dos municípios e IDH municipal, indicando que quanto menor a densidade demográfica ou menor o seu desenvolvimento humano, pior o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas.

A análise dos registros dos subgrupos de procedimentos do SIA/SUS pode ser considerada um fator limitante no estudo do desempenho dos CEO, visto que os dados estudados são apenas de número de tratamentos concluídos, não permitindo um detalhamento dos perfis dos usuários, de morbidade, de tratamentos iniciados X tratamentos concluídos ou outros.

A despeito desta limitação, os perfis de usuários e de morbidade fornecem aos gestores um material imprescindível para a tomada de decisão, objetivo principal dos processos avaliativos de programas e serviços de saúde. Nesta pesquisa os dados servirão como linha de base para outros estudos e poderão ser associados a outras fontes documentais, objetivando futuros estudos sobre a utilização de serviços em saúde bucal.

O estudo poderá também contribuir com a discussão sobre o papel dos Centros de Especialidades Odontológicas na rede de atenção à saúde bucal, incluindo a necessidade de adequação dos critérios e normas para implantação e monitoramento destes serviços, considerando que para todas as variáveis a maior porcentagem de CEO apresentou desempenho péssimo/ruim.

Aponta-se que novas pesquisas serão fundamentais, sobretudo as relacionadas com o uso de protocolos clínicos específicos, implantação e efetividade de protocolos de referência e contra-referência, avaliação para qualidade da atenção e grau de satisfação dos usuários.

7 CONCLUSÃO

A associação estatisticamente significativa entre desempenho dos CEO e as variáveis IDHM e densidade demográfica nos obriga a uma reflexão quanto as possíveis barreiras para a utilização desses serviços. Sejam essas barreiras geográficas, no caso dos CEO implantados em municípios com baixa densidade demográfica ou, possivelmente culturais, no caso de municípios com baixo IDHM, estas se comportam como variáveis importantes para o planejamento da atenção em saúde bucal em nível secundário no país.

O desempenho péssimo/ruim dos CEO em municípios com maiores coberturas da Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família demonstra que a organização da atenção em saúde bucal, a hierarquização da rede e o estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência não se constituem em garantia de acesso à atenção especializada. Há a necessidade de se repensar os fluxos e aprofundar conhecimentos de forma a melhorar o acesso a esse nível de atenção.

REFERÊNCIAS

- 1 Akerman M, Nadanovsky P. Evaluation of Health Services — What to Evaluate? Cad Saúde Pública. 1992; 8(4): 361-365 [acesso 2011 Jun 29]. Disponível em: <http://www.scielo.br>
- 2 Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Rev Saúde Pública. 2010; 44(2): 360-365 [acesso 2011 Jul 22]. Disponível em: <http://www.scielo.br>
- 3 Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. Ciênc Saúde Coletiva. 2003; 8(3): 815-823
- 4 Baldani MC, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005; 21(4): 1026-1035.
- 5 Barcellos CC, Sabroza PC, Peiter P, Rojas LI. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: Análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. Inf. Epidemiol. SUS. 2002; 11(3): 129-138 [acesso 2011 Jul 15]. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br>
- 6 Barros A. J. D, Bertoldi A. D. Desigualdades na utilização e no acesso aos serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Ciências e Saúde Coletiva, 2002. 7:709-17.
- 7 Botazzo C. Unidade Básica de Saúde: a porta do sistema revisitada. Bauru: EDUSC; 1999. 237 p.
- 8 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
- 9 Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1990a.
- 10 Brasil. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras

- providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1990b.
- 11 Brasil. Portaria nº 1444/GM Em 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. [acesso 2011 Jun 29]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/11652497918841%20Portaria%20N%BA%201444%20de%2028%20dez%20de%202000.pdf>.
 - 12 Brasil. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal: projetos, programas e relatórios. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 24 p.
 - 13 Brasil. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
 - 14 Brasil. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Projeto SB BRASIL: condições de saúde bucal da população brasileira 2002- 2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. 67p.
 - 15 Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. [acesso 2011 Jul 15]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf
 - 16 Brasil. Portaria nº 1.570/GM, em 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Ministério da Saúde; 2004c. [acesso 2011 Jun 29]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/1570re.htm>.
 - 17 Brasil. Portaria nº 562, em 30 de setembro de 2004. Define a alteração na tabela Serviço/Classificação dos Sistemas de Informações (SCNES, SIA e SIH/SUS). Ministério da Saúde; 2004d. [acesso 2011 Jun 29]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-562.htm>
 - 18 Brasil. Portaria nº 566 Em 06 de outubro de 2004. Atualização das tabelas SIA/SUS. Ministério da Saúde; 2004e. [acesso 2011 Jun19 29]. Disponível em: <http://20/dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-566.htm>
 - 19 Brasil. M21inistério da Saúde. Portaria nº 283/GM Em 22 de fevereiro de 2005a.

- Antecipação do incentivo financeiro para Centros de Especialidades Odontológicas - CEO em fase de implantação, e dá outras providências. Ministério da Saúde; 2005a. [acesso 2011 Jun 29]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-283.htm>
- 20 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005b. 36p.
- 21 Brasil. Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006. Ministério da Saúde; 2006a. [acesso 2011 Jun 29]. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=885
- 22 Brasil. Portaria nº 600/GM de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Ministério da Saúde; 2006b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-600.htm>
- 23 Brasil. SAS, DAB: “Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados. Ministério da Saúde; 2008a [acesso 2011 Jul 18]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/saude_familia_no_brasil_uma_analise_indicadores_selecionados_1998_2006.pdf
- 24 Brasil. Painel de Indicadores do SUS Nº4. Saúde da Família, 2008b. Ministério da Saúde; 2008b. [acesso 2011 Jul 18]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_saude_familia_n4.pdf
- 25 Brasil. Manual de Especialidades em Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2008c . 128p.
- 26 Brasil. Ciclo de debates sobre Redes Regionalizadas de atenção à saúde: desafios do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 3p.
- 27 Brasil. Centro de Especialidades e Laboratórios de Prótese Dentária. [acesso 2011 Jun 29]. Ministério da Saúde; 2011a. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/brasil_sorridente.php
- 28 Brasil. DAB. Evolução do credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Unidade Geográfica: Município - Todos / Estados - Todos / Região – Todas. Competência: Dezembro de

2009. Ministério da Saúde; 2011b. [acesso 2011 Jun 30]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php
- 29 Brasil. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Sistemas e Aplicativos. Ministério da Saúde; [acesso 2011 Jun 29]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040805>
- 30 Calado GS. A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: Principais Avanços e Desafios [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
- 31 Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8(2): 569-584.
- 32 Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma Possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública* 1997; 13(3): 469-478.
- 33 Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(6) [acesso 2011 Jul 17]. Disponível em: <http://www.scielo.br>
- 34 Cohen LK. Converting unmet need for care to effective demand. *Int Dent J*. 1987; 37: 114-116.
- 35 Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5): 1417-1423.
- 36 Contandriopoulos A, Champgne F, Denis JL, Pineault RA. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-48.
- 37 Contandriopoulos, AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3): 705-711.
- 38 Costa ICC. Planejamento das ações de saúde. In: Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC, organizadores. *Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar*. Natal: EDUFRRN; 2004. p. 287-300.

- 39 Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM, organizadores. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
- 40 Costa WGA, Maeda ST. Repensando a rede básica e o distrito sanitário. *Saúde Debate* 2001; 25(57): 15-29.
- 41 Felisberto E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3): 553-563.
- 42 Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(2):259-67. DOI:10.1590/S0102-311X2009000200004
- 43 Figueiredo N. Centros de Especialidades Odontológicas – CEO: um estudo linha de base para a avaliação e monitoramento dos serviços [tese]. Camaragibe: Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia de Pernambuco; 2008.
- 44 Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(4): 532-7.39.
- 45 Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica Mex*. 1985; 27:438-53.
- 46 FUNDAP. Programa de Desenvolvimento Gerencial. [acesso 2011 Jul 17]. Disponível em : http://www.fundap.sp.gov.br/debatesfundap/pdf/Gestao_de_Poi%C3%ADticas_Publicas/INDICADORES_PARA_MONITORAMENTO_DE_PROGRAMAS_E_PROJETOS.pdf
- 47 Furtado JP. Avaliação de Programas e Serviços. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.715-739.
- 48 Garcia SJ. Sobrevivirán los niveles de atención a la revolución de la salud pública cubana. *Rev Cubana Salud Pública* 2006; 32(1): 1-6.
- 49 Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(3): 419-21.
- 50 IBGE. Acesso e utilização de serviços de saúde. PNAD 1998. Instituto Brasileiro de

- Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE; 2000. 96p. . [acesso 2011 Jun 29]. Disponível em : <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/saude.pdf>
- 51 IBGE. Acesso e utilização de serviços de saúde. . PNAD 2003. [acesso 2011 Jun 29]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/tab11.pdf>.
 - 52 IBGE. Censo Demográfico 2010. Resultados Preliminares do Universo do Censo Demográfico 2010. [acesso 2011 Jun 29]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/preliminar_tab_municipio_zip.shtm
 - 53 Matos DL, Lima CMFF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. Revista de Saúde Pública, 2002;36:237-43.
 - 54 Matos PES, Tomita NE. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. Cad Saúde Pública 2004; 20(6): 1538-1544.
 - 55 Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública. 2004; 20(5): 1411-1416 [acesso 2011 Jun 19]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en.
 - 56 Medeiros CLA, Queiroz MDD, Souza GCA, Costa ICC. Expectativas de cirurgiões-dentistas sobre a inserção da saúde bucal no programa saúde da família. Rev. Eletr. Enf. 2007; 9(2):379-88. [acesso 2011 Jul 17]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a07.htm>.
 - 57 Medeiros E. Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da Atenção Básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.
 - 58 Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. Br Dental J, 2001;191;660-4.

- 59 Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cad Saúde Pública 2002; 18 (Suplemento): 77-87.
- 60 Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev. Saúde Pública. 2000; 34(5): 547-549. [acesso 2011 Aug 25]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000500018&lng=en
- 61 Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. Ação Coletiva 1999; 2(1): 9-14.
- 62 Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.), São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. [acesso 2011 Jul 18]. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso
- 63 Penchansky R., Thomas W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981;19:127-40.
- 64 Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os estados do Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, 2006;11:999-1010.
- 65 PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Ranking decrescente do IDH-M dos municípios, 2000. [acesso 2011 Jun 29]. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrescente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).xls](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrescente%20(pelos%20dados%20de%202000).xls)
- 66 PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil- 2003. [acesso 2011 Jul 18]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/atlas/textos_analiticos/index.php
- 67 PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.- Índice de Desenvolvimento Humano- IDH. [acesso 2011 Jul 17] Disponível em: <http://www.pnud.org.br/idh/>.
- 68 Pucca Júnior, GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. Ciênc e Saúde Coletiva 2006; 11(1): 243-246.

- 69 Roncalli AG. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. *CiêncSaúde Coletiva* 2006; 11(1): 105-114.
- 70 Santos Filho SB. Perspectivas da avaliação na política nacional de humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12(4): 999-1010.
- 71 Santos R, Rehem, R, organizadores. *Legislação Estruturante do SUS*. Brasília: CONASS; 2007. Coleção Progestores – Para entender a Gestão do SUS.
- 72 SECOM. Secretaria da Comunicação Social da Presidencia da República. Boletim 1000 em 12/03/2010 20:10hs [acesso 2011 Jul 17]. Disponível em: http://www.secom.gov.br/sobre-a-secom/nucleo-de-comunicacao-publica/copy_of_em-questao-1/edicoes-anteriores/edicoes-anteriores-arquivos/marco/boletim-1000/saude-da-familia-chega-a-50-da-populacao-brasileira-e-melhora-indicadores
- 73 Shiota M. Análise do acesso aos serviços odontológicos da população brasileira no final do século XX: PNAD. São Paulo: Santos, 1998.
- 74 Sicilliani L, Hurst J. Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries. *Health Working Paper*. 2003;7:1-72.
- 75 Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cad Saúde Pública* 1994; 10 (1): 80-91.
- 76 Souza TMS. A incorporação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte: investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.
- 77 Souza GCA. Centros de Especialidades Odontológicas: Avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal. Natal, RN, 2009. 105 f. : il.
- 78 Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(Sup 2): S190-S198.
- 79 Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(6):1561-1569.
- 80 Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akermam M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de*

Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008. p. 531-562.

- 81 WHO. World Health Organization. Primary health care. Geneva: WHO; 1978.